UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SECCIÓN DEPARTAMENTAL DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN

TESIS DOCTORAL

Factores cognitivos conductuales y sociales para la prevención del tabaquismo

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

María Lourdes Fresnillo Poza

DIRECTOR

Justo Fernando Ramos Alía

Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.

FACTORES COGNITIVOS, CONDUCTUALES Y SOCIALES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO.

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

María Lourdes Fresnillo Poza.

Bajo la dirección del Doctor

Justo Fernando Ramos Alia.

Madrid, 2015.

ISBN:

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Evolutiva y
de la Educación

FACTORES COGNITIVOS, CONDUCTUALES Y SOCIALES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO.

TESIS DOCTORAL

María Lourdes Fresnillo Poza.

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Evolutiva y
de la Educación

FACTORES COGNITIVOS, CONDUCTUALES Y SOCIALES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO.

TESIS DOCTORAL

María Lourdes Fresnillo Poza

Director de Tesis:

Prof. Dr. D. Justo Fernando Ramos Alía.

A quien vela las vidas:

Victoria Fresnillo Poza. In memoriam.

A quienes me dieron la vida:

Ángela y Lamberto.

A quienes doy mi vida:

Diego y Gloria.

A quienes dan vida resiliente:

Familia, educadores e infancia madura.

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. D. Justo Fernando Ramos Alía, director de la presente tesis doctoral.

A todo el profesorado de la Universidad Complutense de Madrid, de mi licenciatura en Psicología y de la especialidad de Psicología Educativa y Clínica, del master en Modificación de Conducta (Intervención Conductual en Psicología de la Salud), del master en Logopedia(Audición y Lenguaje) y del Programa de Doctorado, porque todos ellos han conformado en mi desarrollo académico-profesional y personal.

A todos los/as compañeros/as de la Facultad de Educación para la Salud de la Universidad de Maastricht en los Países Bajos del Proyecto ESFA(The European Smoking prevention Framework Approach), o Enfoque del Marco Europeo para la Prevención del consumo de Tabaco, especialmente al Prof. Dr. D. Hein de Vries, Investigador Principal y al Prof. Dr. D.Aart Mudde.

A los/as directores/as de proyecto nacional del Proyecto ESFA en Dinamarca, España (Barcelona), Finlandia, Países Bajos, Portugal y Reino Unido, porque aunamos criterios de consenso respetando la diversidad y vivimos la realidad del reto de construcción de un marco común para la gestión, del diseño, desarrollo e investigación durante los cinco años de duración del Proyecto ESFA en Madrid (España).

A todo el alumnado, profesorado, orientadores/as y familias de los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y Colegios Concertados de las poblaciones municipales de Madrid (España): Alcorcón, Getafe, Parla, Pinto y Pozuelo de Alarcón, porque su participación fue la meta y el fundamento del Proyecto ESFA-MADRID.

A todos/as los representantes de las instituciones de los ámbitos europeo, nacional, regional y municipal, que han contribuido en el Proyecto ESFA-MADRID:

La Comunidad Europea, la Comisión Europea financió el 71%, del Proyecto ESFA (regulation (EC) Nº 2427/93).

El Ministerio de Educación y Cultura, El Centro de Investigación y Documentación Educativa (C.I.D.E.).

El Ministerio del Interior, Plan Nacional de Drogas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, la Subdirección de Epidemiología, promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública.

La Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Madrid, La Dirección de Área Territorial (D.A.T.) de Madrid Sur, el Servicio de Inspección Técnica Educativa (S.I.T.E.)y el Servicio de Unidades de Programas Educativos (S.U.P.E.) desde la Asesoría de Salud, los Centros de Profesores y Recursos (C.P.R.) de Alcorcón, Getafe, Parla y Pinto.

La Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid, la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, el Servicio de Salud Pública del área diez, e INSALUD.

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, la Oficina Regional de Coordinación Oncológica (O.R.C.O.).

El Ayuntamiento de Getafe (Madrid), el área de Salud y Educación.

ÍNDICE

2.8. La participación de las Instituciones Públicas competentes en el proyecto ESFA-Madrid

2.9. Modelos de las cartas de presentación adjuntadas al cuestionario en el proyecto ESFA-Madrid.

2.10. Los instrumentos de medida en el proyecto ESFA-Madrid.

2.11. Propuesta del Plan de Actuación y del cronograma-calendario.

2.12. Las publicaciones en ESFA Newsletter-Boletín ESFA-Madrid.

3. RESULTADOS: Parte A.

FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS.

FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

1. La comparabilidad de los países ESFA: datos de referencia.

2. La prevalencia del consumo de tabaco en los niños y las niñas.

A.1. La prevalencia de las tasas de participación y de casos válidos.
A.2. La media de edad de las muestras.
A.3. La prevalencia de la variable género.
A.4. La prevalencia del consumo del tabaco con frecuencia de consumo semanal en relación con la variable género.
A.5. La prevalencia del consumo del tabaco con frecuencia de consumo diario en relación con la variable género.
A.6. La prevalencia del consumo del alcohol.

A.7. La prevalencia de la situación laboral de la familia: trabajo de los padres y de las madres con la frecuencia de cinco días a la semana y las diferencias entre ambos.

A.7.1. La prevalencia de esta situación laboral en los padres (varones).

A.7.2. La prevalencia de esta situación laboral en las madres.
A.7.3. Diferencias de esta situación laboral entre los padres y las madres.
A.7.4. Los padres (varones) del resto de zonas europeas de esta situación laboral.

A.7.5. Las madres de esta situación laboral del resto de zonas europeas.

A.7.6. Las diferencias entre padres y padres de esta situación la de esta situación laboral en el resto de zonas europeas.

A.7.7. Conclusiones.

A.8. La prevalencia de otras variables socio-demográficas: la variable de ser o no nativo del país, la variable educativa de religión y la variable de estructura familiar.

A.8.1. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable demográfica de ser o no nativo en el país en el que se reside.

A.8.2. La variable de tipo de educación con respecto a si ha recibido una educación en alguna religión o no.

A.8.3. La variable de tipo de estructura familiar, referida a pertenencia o no a una familia no nuclear.

3. RESULTADOS: Parte B

Introducción.

FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS.

FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

B.1. La prevalencia de las tasas de participación y su relación con la prevalencia de la variable género.

B. 2. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable del consumo de otras sustancias adictivas.

B. 2. 1.-El consumo de bebidas con alcohol.

B. 2. 2. El consumo de marihuana o hachís.

B. 2. 3. Consumo de éxtasis (MDMA).

B. 2. 4. Conclusiones.

B. 3. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable de la participación en conductas de riesgo social.

B. 3. 1. La conducta de jugar apostando dinero.

B. 3. 2. La conducta de absentismo escolar.

B. 3. 3. La conducta de pelearse con otros/as.

B. 3. 4. La conducta de destrozar cosas.

B. 3. 5. La conducta de robar o quitar cosas.

B. 3. 6. Conclusiones.

B.4. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable de la conducta del consumo del tabaco categorizada en tres etapas.

B.4. 1. La prevalencia de no fumadores en Madrid con respecto al resto de los países participantes.

B.4. 2. La prevalencia de fumadores en Madrid con respecto al resto de los países participantes.

B.4. 3. La prevalencia de experimentadores de la conducta de fumar en Madrid con respecto al resto de los países participantes

B.4. 4. Conclusiones.

B. 5. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable de la conducta de fumar de los padres y de las madres.

B. 5. 1. La prevalencia de la conducta de fumar de los padres (varones) en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

B. 5. 2. La prevalencia de la conducta de fumar de las madres en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

B. 5. 3. Las diferencias entre las prevalencias de la conducta de fumar de los padres (varones) y de las madres en Madrid y con respecto a las diferencias entre ambos en el resto de las zonas europeas participantes.

B. 5. 4. Conclusiones.

B. 6. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de deseabilidad.

B. 6. 1. La prevalencia de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de deseabilidad (opino que fumar es deseable) en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

B. 6. 2. La prevalencia de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de deseabilidad (opino que fumar no es ni deseable ni indeseable) en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

B. 6. 3. La prevalencia de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de deseabilidad (opino que fumar es indeseable) en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

B. 7. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de agradabilidad.

B. 7. 1. La prevalencia de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de agradabilidad (opino que fumar es agradable) en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

B. 7. 2. La prevalencia de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de agradabilidad (opino que fumar es desagradable) en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

B. 7. 3. La prevalencia de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de agradabilidad (opino que fumar no es ni agradable ni desagradable) en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

B. 8. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre.

B. 8. 1. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir al: Polideportivo.

B. 8. 2. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir a: Grupo juvenil en el Instituto o Colegio.

B. 8. 3. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir a: Grupos de jóvenes en la parroquia.

B. 8. 4. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir a: Scouts u otros grupos de jóvenes.

B. 8. 5. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir a: la Biblioteca.

B. 8. 6. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir a: Bares o pubs.

B. 8. 7. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir a: la Discoteca.

B. 8. 8. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir a: Restaurantes o cafeterías.

B. 8. 9. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir al: Cine.

B. 8. 10. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir a: la piscina.

B. 8. 11. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir a: Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as).

B. 8. 12. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes en la categoría de acudir a: la Calle (con los/as amigos/as).

Ejemplo de la aplicación del análisis de los resultados de la investigación ESFA para el diseño de los Programas de Intervención ESFA en Madrid.

Hallazgos en la relación entre las categorías de la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre.

3. RESULTADOS: Parte C.

Introducción.

FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS.

FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

C. 1. Las edades de los adolescentes en la muestra de la Comunidad de Madrid, respecto a la variable del rango de edad.

C. 2. La frecuencia y la prevalencia expresada en porcentajes en la muestra de Madrid con respecto a la variable de género (masculino y femenino).

C. 3. La frecuencia y la prevalencia expresada en porcentajes en la muestra de Madrid con respecto a la variable del rendimiento académico.

C. 4. La frecuencia y la prevalencia expresada en porcentajes en la muestra de Madrid con respecto a la variable del consumo de alcohol.

C. 5. La frecuencia y la prevalencia expresada en porcentajes en la muestra de Madrid con respecto a la variable de la cantidad de dinero a gastar por semana.

C. 6. La frecuencia y la prevalencia expresada en porcentajes en la muestra de Madrid con respecto a la variable del tipo de educación (laica o religiosa).

C. 7. La frecuencia y la prevalencia expresada en porcentajes en la muestra de Madrid con respecto a la variable del consumo del tabaco.

3. RESULTADOS: Parte D.

FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS.

FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

Introducción.

D. 1. La variable dependiente: La dicotomía fumadores/as y no fumadores/as.

D. 2. Las actitudes y las creencias sobre las ventajas de fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 3. Las actitudes y creencias sobre los inconvenientes de fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 4. Las normas sociales, opinión percibida de las figuras relevantes del entorno. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 5. La conducta percibida de fumar en las figuras relevantes del entorno. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 6. La percepción de la cantidad de personas del entorno que fuman. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 7. La autoeficacia o capacidad de mantenerse como no fumador en situaciones que invitan a fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 8. La presión percibida para fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 9. La intención de fumar en el futuro. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 10. Las normas sociales percibidas en el entorno escolar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 11. Las normas sociales percibidas en el entorno familiar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 12. Las conductas de riesgo social: consumo de otras sustancias y conductas antisociales. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 13. Las actividades de ocio y tiempo libre y lugares que se frecuentan fuera del ámbito escolar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 14. La edad de inicio en el consumo del tabaco. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 15. La frecuencia del consumo del tabaco: semanal-diario. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 16. La frecuencia del consumo del tabaco: semanal y los fines de semana y a lo largo de toda la vida.

D. 17. La intención de abandono del consumo del tabaco. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

4. DESARROLLO DEL PROGRAMA ESFA-MADRID.

4.1. Proceso de Consenso para la implementación y el desarrollo del Programa ESFA.

4.2. Proceso de elaboración de las metas (objetivos generales) y los objetivos específicos en el desarrollo del Programa ESFA.

4.3. Desarrollo de la metodología para la implementación de la intervención del Programa ESFA en los cuatro niveles.

4.4. Los objetivos generales y los objetivos específicos en el desarrollo del Programa ESFA-Madrid.

4.4.1. Los objetivos para el nivel individual.

4.4.2. Los objetivos para el nivel escolar.

4.4.3. Los objetivos para el nivel comunitario.

4.5. Proceso de Concreción para la implementación y el desarrollo del Programa ESFA en La Comunidad Autónoma de Madrid (España).

4.5.1. Programa ESFA-Madrid. Ejemplo de la intervención individual en el ámbito escolar.

4.5.2. Programa ESFA-Madrid. Ejemplo de la intervención con las familias.

4.5.3. Programa ESFA-Madrid. Modelo de la comunicación a las familias.

4.5.4. Programa ESFA-Madrid. Modelos de los procedimientos de la coordinación, la implicación y la participación desde el ámbito educativo.

5. DISCUSIÓN.

Hallazgos teóricos

El proyecto tuvo varias fortalezas potenciales.

El enfoque ESFA también tenía varias limitaciones.

BIBLIOGRAFÍA.

APÉNDICES.

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla XI: Relación total relativa a la población participante distribuida según el tipo de Enseñanza del Centro Educativo (pública o concertada) de todos los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y de todos los Centros Educativos Concertados (Colegios Concertados), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, de la población designada como grupo experimental perteneciente a Getafe.

Tabla XII: Relación total relativa a la población participante distribuida según el tipo de Enseñanza del Centro Educativo (pública o concertada) de todos los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y de todos los Centros Educativos Concertados (Colegios Concertados), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, de la población designada como grupo control perteneciente a los municipios de Alcorcón, Parla y Pinto.

Tabla XIII: Relación total relativa a toda la muestra de la población participante distribuida según el tipo de Enseñanza del Centro Educativo (pública o concertada) de todos los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y de todos los Centros Educativos Concertados (Colegios Concertados), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, a la población designada como grupo control perteneciente a los municipios de Alcorcón, Getafe, Parla y Pinto.

Tabla XIV: Resultados de aleatorización para las siete zonas ESFA en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas específicas participantes europeas.

Tabla XV: La frecuencia y la prevalencia expresada en porcentajes, en la población total del ESFA-Madrid en la categoría dicotómica de la conducta de consumo del tabaco (fumadores/as y no fumadores/as).

Tabla A-I: La prevalencia de las tasas de casos válidos y las tasas de participación expresada en porcentajes en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Tabla A-II: La media con respecto a la variable edad, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Tabla A-III: La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Tabla A-IV: La prevalencia del tabaquismo expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de tabaco de la frecuencia semanal en relación con la variable de género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Tabla A-V: La prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de tabaco de la frecuencia diaria en relación con la variable de género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Tabla A-VI: Prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de alcohol, referente a los que nunca han consumido bebidas alcohólicas, en Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Tabla A-VII: Prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable de situación laboral familiar de los padres, respecto a la frecuencia de trabajar cinco días o más a la semana, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Tabla A-VIII: Prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable demográfica de ser o no nativo en el país en el que se reside, respecto a la variable educativa si ha recibido una educación en alguna religión o no, y respecto a la variable de tipo de estructura familiar, referida a pertenencia a una familia no nuclear, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Tabla B-I: La frecuencia de las tasas de participación y su prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Tabla B-II: La prevalencia expresada en porcentajes, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable del consumo de otras sustancias adictivas.

Tabla B-III: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la participación en conductas de riesgo social.

Tabla B-IV: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la conducta de consumo del tabaco categorizada en las tres etapas.

Tabla B-V: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable de la conducta de consumo del tabaco de los padres y de las madres.

Tabla B-VI: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad.

Tabla B-VII: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad.

Tabla B-VIII: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes.

Tabla C-I: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de género (masculino y femenino).

Tabla C-II: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable del rendimiento escolar.

Tabla C-III: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable del consumo de alcohol.

Tabla C-IV: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de la cantidad de dinero para gastar a la semana.

Tabla C-V: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de del tipo de educación laica o en alguna religión.

Tabla C-VI: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de LA CONDUCTA DE FUMAR.

Tabla D-I: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de actitudes y creencias sobre las ventajas de fumar.

Tabla D-II: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las actitudes y creencias sobre los inconvenientes de fumar.

Tabla D-III: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales, opinión percibida de las figuras relevantes del entorno.

Tabla D-IV: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la conducta percibida de fumar en las figuras relevantes del entorno.

Tabla D-V: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la percepción de la cantidad de personas del entorno que fuman.

Tabla D-VI: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la autoeficacia o capacidad de mantenerse como no fumador en situaciones que invitan a fumar.

Tabla D-VII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la presión percibida para fumar.

Tabla D-VIII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la intención de fumar en el futuro.

Tabla D-IX: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales percibidas en el entorno escolar.

Tabla D-X: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales percibidas en el entorno familiar.

Tabla D-XI: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las conductas de riesgo social: consumo de otras sustancias y conductas antisociales.

Tabla D-XII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las actividades de ocio y tiempo libre y lugares que se frecuentan fuera del ámbito escolar.

Tabla D-XIII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la edad de inicio en el consumo del tabaco.

Tabla D-XIV: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la frecuencia del consumo del tabaco: semanal-diario.

Tabla D-XV: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la frecuencia del consumo del tabaco: semanal-los fines de semana-a lo largo de toda la vida.

Tabla D-XVI: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la intención de abandono del consumo del tabaco.

Enfoque del Marco Europeo de Prevención del tabaquismo : E.S.F.A. (The European Smoking prevention Framework Approach) El Programa de Prevención integral desarrollado en Madrid.

RESUMEN

El proyecto ESFA (The European Smoking prevention Framework Approach), o Enfoque del Marco Europeo para la Prevención del consumo de Tabaco, se desarrolló en seis países europeos, con actividades de intervención para los adolescentes, las escuelas y los padres, incluyendo actividades en el ámbito comunitario, fuera de la escuela.

Los encuentros o las reuniones de consenso entre los países dieron lugar a los acuerdos consensuados sobre las metas, los objetivos y los fundamentos teóricos. También se incluyeron los objetivos específicos de cada país. Las diversidades nacionales requirieron métodos específicos para la consecución de las metas y objetivos. El proceso de la intervención comunitaria se utiliza en el diseño de la investigación.

Desde que las intervenciones tuvieron lugar en el nivel de comunitario, las regiones o comunidades fueron asignadas al azar a las condiciones experimental o de control. La aleatorización completa se logró en cuatro países.

Al inicio del estudio, la prevalencia del tabaquismo de la muestra de 23125 adolescentes en el inicio del proyecto fue de 5,6% para el tabaquismo regular o habitual (al menos una vez a la semana) y 4,0% para el consumo diario de tabaco. Las tasas de la prevalencia de tabaquismo eran más altas entre las niñas que entre los niños en todos los países en lo que se refiere a consumo de tabaco semanal.

Las evaluaciones del proceso revelaron que las ambiciones del proyecto eran altas, pero quedaron limitas por diversas restricciones, incluyendo el tiempo y los retrasos en la recepción de los fondos.

Los futuros proyectos de prevención del tabaquismo deben tratar de identificar los componentes eficaces dentro del enfoque de la influencia social, así como dentro de enfoques más amplios y alcanzar efectos concluyentes corroborados.

ABSTRACT.

A smoking prevention project in six European countries (European Smoking prevention Framework Approach) was developed, featuring activities for adolescents, schools and parents, including out-of-school activities. Consensus meetings resulted in agreement between the countries on goals, objectives and theoretical methods. Countries' specific objectives were also included. National diversities required country-specific methods to realize the goals and objectives. The community intervention trial was used as the research design. Since interventions took place at the community level, communities or regions were allocated at random to the experimental or control conditions. Complete randomization was achieved in four countries. At baseline, smoking prevalence among 23 125 adolescents at the start of the project was 5.6% for regular smoking and 4.0% for daily smoking. Smoking prevalence rates were higher among girls than boys in all countries as far as weekly smoking was concerned. Process evaluations revealed that the project's ambitions were high, but were limited by various constraints including time and delays in receiving funds. Future smoking prevention projects should aim to identify the effective components within the social influence approach as well as within broader approaches and on reaching sustained effects.

1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

"ES DUEÑO DE TODAS LAS COSAS EL QUE TIENE EL PODER SOBRE LO QUE DESEA O NO DESEA PARA ADQUIRIRLO O DEJARLO". (EPICTETO, AÑO 50 AL 130 DC)

1.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

Introducción.

Un elevado porcentaje de los adolescentes en el mundo occidental fuman. Antes de que empiecen a fumar de forma regular, parecen pasar por una secuencia de etapas. Un estudio válido de los factores determinantes de la regularidad de fumar requiere información con respecto a la continuidad en el inicio del tabaquismo. Hasta ahora, no existe una medida generalmente aceptada de este continuo. Los estudios presentados en esta tesis abordan este tema.

Existen dos teorías extendidas, testadas e integradas sobre el proceso del inicio en la conducta de fumar.

La participación de Madrid en el Proyecto ESFA que se presenta en esta tesis, ha pretendido ser como un paso hacia una validación del modelo del proceso de las etapas de inicio del tabaquismo.

Los estudios sobre el inicio del tabaquismo adolescente pueden beneficiarse de un modelo aceptado de este proceso y la aplicación de un modelo de este tipo puede mejorar la percepción de la población en estudio.

Cuando los estudios son determinantes pueden ser capaces de separar los efectos de las causas de las transiciones de etapa. Las intervenciones pueden ser adaptadas a los grupos específicos de riesgo, y el contenido de las intervenciones se puede ajustar a las causas más destacadas que pueden explicar las transiciones de etapa.

Los estudios realizados en esta tesis se han realizado en el contexto del proyecto ESFA (European Smoking Prevention Framework Aproach) o (Enfoque del Marco Europeo para la prevención del tabaquismo); (De Vries et al, 2003).

ESFA era un proyecto europeo de prevención del consumo del Tabaco de cinco años de duración que combinaba la intervención y la investigación. Fue implementado en siete lugares de la Comunidad Europea, y se inició en febrero de 1997. Los países participantes fueron Dinamarca, Finlandia, los Países Bajos, Portugal, España y el Reino Unido. La intervención en España se dividió en dos lugares (Madrid y Barcelona) a causa de las diferencias lingüísticas.

El Fondo de Investigación e Información del Tabaco de la Comisión de la Unión Europea financió el 71% de los costes del proyecto. El resto de los costes del desarrollo del programa estaban cubiertos por los países participantes. ESFA tuvo como objetivo

desarrollar, implementar y evaluar un programa integral de prevención del consumo del tabaco.

Si se comprueba exitosamente, el enfoque puede ser difundido a otros estados miembros de la Unión Europea. Desde las contribuciones de los diferentes países europeos que participaron en el proyecto, se ha creado un gran conjunto intercultural de datos, que resultó ser una excelente fuente de información para la generación y el examen de las hipótesis de la presente tesis.

Esta parte introductoria comienza por discutir brevemente los efectos en la salud del consumo de tabaco, y pasa a describir las teorías socio-cognitivas más utilizados para estudiar el hábito de fumar de los adolescentes.

A continuación se resumen las conclusiones empíricas de estudios determinantes sobre el tema del tabaquismo en los adolescentes en un contexto teórico, y profundiza en los modelos de las fases en el comportamiento de salud.

El siguiente apartado describe y discute dos modelos de las fases en el inicio del consumo del tabaco en los adolescentes. Uno de ellos se trata de un modelo de las etapas de motivación que se originó en las etapas de cambio de constructo (Prochaska y DiClemente, 1983), mientras que el otro es un modelo de etapas de comportamiento por Flay y colegas (Flay, 1993; Flay, D'Avernas, Best, Kersell y Ryan, 1983; EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos [USDHHS], 1994).

Esto conduce al objeto de la presente tesis. Los estudios descritos en esta tesis pretenden contribuir a pulir, probar e integrar dos modelos de etapas del inicio del tabaquismo adolescente. Se describen varios diseños de investigación que son capaces de probar los modelos de etapa.

Numerosos estudios sobre los efectos en la salud del consumo de tabaco han demostrado, por ejemplo, que los hombres que fuman aumentan su riesgo de muerte por cáncer de pulmón más de 22 veces, mientras que las mujeres que fuman aumentan este riesgo casi 12 veces (Centros para el control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 1993).

Fumar triplica el riesgo de morir de enfermedad cardíaca entre los de mediana edad (CDC, 1993). En promedio, los fumadores mueren casi siete años más jóvenes que los no fumadores (USDHHS, 1994). Alrededor de la mitad de todos los fumadores de cigarrillos puede morir finalmente por su hábito (Doll, Peto, Wheatley, Gray & Sutherland, 1994).

Entre los jóvenes, los efectos sobre la salud a corto plazo del consumo de tabaco incluyen los daños en el sistema respiratorio, además, las consecuencias para la salud a largo plazo se ven agravados por el hecho de que la mayoría de los jóvenes que fuman regularmente siguen fumando durante la edad adulta (USDHHS, 1994).

Las personas más jóvenes que comienzan a fumar cigarrillos, es más probable que pasen a convertirse fuertemente en adictos a la nicotina (USDHHS, 1994).

Por otra parte, el tabaco es generalmente la primera sustancia utiliza por los jóvenes que comienzan la secuencia de uso de drogas que puede incluir el alcohol, la marihuana y las drogas duras (Kandel y Faust, 1975; USDHHS, 1994).

En Madrid, según la última Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas del año 2013, publicada en 2015, los resultados más recientes de que disponemos indican que la media de edad de inicio del consumo de tabaco en 20013 ha sido de 16,57 años, la más precoz de todas las sustancias; siendo mayor en mujeres (17,08 vs 16,08) y en los sujetos mayores de 34 años (16,99 años). En el año 2007 la edad media de inicio al consumo de tabaco era 16,6 años.

En Madrid, según la fuente anterior, en el año 2009 la edad media de inicio al consumo de tabaco era 16,7 años. En el año 2011 la edad media de inicio al consumo de tabaco era 16,6 años. Por grupos de edad se observa que los más jóvenes iniciaros antes el consumo diario de tabaco. El tipo de fumador diario ha aumentado desde 2007 (25%) al 2009 (33,4 %) y no en 2011 (23,3 %), pero en 2013 (29,9) se produce un aumento muy considerable.

Se estima que en todo el mundo alrededor de 3 millones de fumadores mueren cada año a causa de consumo del tabaco (Peto, López, Boreham, Thun & Heath, 1994). El tabaco es responsable de aproximadamente el 14% de todas las muertes en Europa (Haglund, 2000).

Casi el 90% de los fumadores adultos de hoy comenzó a fumar en la adolescencia. Suecia es el único país europeo que ha alcanzado la meta de la OMS de 80% los no fumadores para el año 2000 (Haglund, 2000).

Reconociendo el período crucial de la adolescencia en el desarrollo del hábito de la conducta de fumar, muchos estudios han tratado de explicar el inicio del hábito de fumar en los adolescentes.

Si nosotros supiéramos por qué los adolescentes comienzan a fumar, podríamos hacer intentos para evitar que se inicien en el hábito de fumar. Por lo general, y preferiblemente, estos estudios se basan en modelos teóricos.

Numerosas teorías han sido desarrolladas para tratar de explicar el inicio de los adolescentes en el tabaquismo (ver Lettieri, Sayers y Pearson, 1980; Petraitis, Flay y Miller, 1995 para una revisión).

Las teorías se han presentado, por ejemplo, por los sociólogos, socio-psicólogos y teóricos centrados en la personalidad o la biología.

La aplicación de teorías psicosociales en el ámbito de la conducta de fumar de los adolescentes fue iniciado por el trabajo conceptual y experimental de Leventhal

(1968), Bandura (1977), Evans y colegas (Evans et al., 1978), McAllister y colegas (McAllister, Perry & Maccoby, 1979) y McGuire (1984).

El enfoque teórico proporciona un importante y gran avance en la comprensión de inicio del tabaquismo y de su desarrollo (USDHHS, 1994).

Para entender el origen de las preguntas de investigación en los estudios presentados en esta tesis, es útil conocerlo para dar una aproximación de las teorías psicosociales del comportamiento de la salud que se han aplicado más ampliamente para estudiar el comportamiento del tabaquismo en los adolescentes.

En la Tesis titulada “El Tabaco y sus Perjuicios” presentada en la entonces Universidad Central de Madrid, hoy Universidad Complutense de Madrid, por el Doctor José Adolfo Antonini (9 de abril de 1898), ya en el pasado siglo XIX se cuestionaba las razones por las que se comienza a fumar. Para ello describe su propia experiencia de cuando de joven lo probó, la reacción de sus compañeros ante ello y sus propias concepciones cognitivas del evento.

MODELOS INTENCIONALES DE COMPORTAMIENTO DE LA SALUD.

Mientras que en el principio del siglo 20, el comportamiento fue visto más o menos como una respuesta pasiva respecto al medio ambiente (por ejemplo, Pavlov, 1927; Skinner, 1938), la perspectiva ha cambiado a un punto de vista interactivo a principios de los años cincuenta (por ejemplo, Kelly, 1955; Lewin, 1951).

Desde este último punto de vista, los individuos procesan la información del medio ambiente y toman la decisión de si actuar o no. Las teorías que han surgido desde esta perspectiva se enfocan principalmente a la intención de adoptar o modificar el comportamiento. Ajzen y Fishbein (1980) argumentaron que la medida de la intención debe ser una medida precisa de la probabilidad de que una persona vaya a participar en un comportamiento particular. Por lo tanto, al encuestado se le puede pedir que indique la probabilidad subjetiva de si fumará un cigarrillo en el próximo año, de la siguiente manera: "Tengo la intención de fumar un cigarrillo en el próximo año ", con responder a las categorías que van desde “muy probable” , a "bastante probable" y "poco probable" a "ligeramente improbable” , “muy improbable” , y "extremadamente improbable". La intención de cualquier persona de adoptar un nuevo comportamiento o de continuar el comportamiento existente es siempre el resultado de un proceso de deliberación (Gebhardt, 1997).

Esta intención se supone que es el principal, o más bien el único factor determinante de la conducta, y los modelos que están etiquetados son modelos, que comparten este supuesto «intencional» del comportamiento saludable.

Algunas de las teorías intencionales que se han utilizado en la investigación con los adolescentes fumadores son la Teoría de la Acción Razonada (TRA; Fishbein y Ajzen, 1975), la Teoría Social Learning (SLT; Bandura, 1977), la Teoría del Comportamiento Planeado (TPB; Ajzen, 1988), el modelo ASE (De Vries, Dijkstra y Kuhlman, 1988) y la Teoría de Influencia triádica (TTI; Flay y Petraitis, 1994).

El enfoque intencional no es el único aspecto compartido por las teorías. Se pueden identificar tres categorias principales de los constructos cognitivos (véase también Petraitis et al., 1995).

En primer lugar, los modelos describen constructos actitudinales. Estos constructos se refieren a las expectativas de los adolescentes y a las evaluaciones acerca de un comportamiento saludable en particular.

En segundo lugar, las categorías sociales e interpersonales son reconocidas. Estos incluyen el modelado, las creencias normativas y apoyo percibido o presiones.

En tercer lugar, la auto-eficacia es generalmente vista como un factor que influye en el comportamiento de la salud. Este factor se refiere a la percepción de control sobre un comportamiento específico.

La Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) hace una excepción al no incluir el constructo de la auto-eficacia. Sin embargo, después de la introducción del concepto de autoeficacia de Bandura (1977) en su teoría del aprendizaje social, Ajzen (1985) reconoció la necesidad de añadir un concepto similar al de su teoría de la acción razonada.

Por ello, propone una nueva teoría, la teoría de la conducta planificada, que ha incluido el concepto de control conductual percibido.

El modelo ASE (De Vries et al., 1988) y la Teoría de la Influencia triádica (Flay y Petraitis, 1994) pueden ser consideradas como teorías de integración al integrar los aspectos pertinentes de la TRA, SLT y TPB con el fin de proporcionar una amplia perspectiva sobre el comportamiento de salud.

Por otra parte, el Modelo ASE y TTI enfatizan niveles distales de influencia, además de las influencias próximas de actitudes, la influencia social y la autoeficacia. Estos modelos de integración se describen brevemente a continuación.

MODELOS INTEGRADORES.

El modelo ASE (De Vries et al., 1988) fue originalmente propuesto como una adaptación de la Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), y se ha convertido en un modelo de comportamiento de la salud integral (De Vries y Mudde, 1998;).

La Teoría de Influencia triádica (Flay y Petraitis, 1994;) es el resultado de la integración de las teorías existentes de uso y consumo de sustancias en adolescentes.

Ambos modelos indican que la conducta se produce en función de la intención de una persona, y se combinan aspectos cognitivo-afectivos con influencias socio-cognitivas, conceptos de interacción social y características intrapersonales para predecir y explicar estas intenciones. Las tres categorías de actitudes, las influencias sociales y la autoeficacia se reconocen, como distintos niveles de influencia.

El Modelo ASE (De Vries et al., 1988; De Vries y Mudde, 1998) contempla los siguientes FACTORES:

1. FACTORES predisponentes
2. FACTORES proximales
3. FACTORES DE COMPORTAMIENTO
4. ACTITUD
5. FACTORES PSICOLÓGICOS
6. INFLUENCIA SOCIAL INTENCIÓN COMPORTAMIENTO
7. FACTORES BIOLÓGICOS
8. EFICACIA
9. FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

El TTI asume que las influencias proximales deben ser medidas por una función multiplicativa, como se había propuesto por Fishbein y Ajzen (1980). En contraste, el modelo ASE postula que todos los conceptos deben ser registrados por separado en la ecuación de regresión (De Vries y Mudde, 1998).

Varios estudios apoyan este postulado (De Vries, Lechner y Kremers, en preparación; Gagné y Godin, 2000; Lechner, 1997), en estos, ellos han demostrado que las diversas funciones multiplicativas no tienen valor explicativo adicional sobre la medición de las creencias.

Lo que distingue el modelo ASE son dos tipos de dimensiones actitudinales: consecuencias cognitivas y emocionales.

Además, tres tipos de influencias sociales proximales se distinguen; normas sociales, presión directa o de apoyo, y la conducta percibida de los demás. En el TTI, este último concepto es visto como un concepto social distal, según lo propuesto por Bandura en su teoría del aprendizaje social.

Se distinguen varias categorías de auto-eficacia en el modelo ASE (véase también De Vries y Mudde, 1998).

En el modelo ASE, el impacto de los factores proximales se supone que está moderado por cuatro tipos distales de influencia: los factores de comportamiento (por ejemplo, la adquisición de habilidades y experiencia previa con los mismas conductas y comportamientos relacionados), factores psicológicos (por ejemplo, la autoestima, la ansiedad, la depresión) afecta a, los factores biológicos (por ejemplo, género, edad, variables hereditarias), y las variables sociales y culturales (por ejemplo, los estilos de crianza, clima social, situación socioeconómica) (De Vries y Mudde, 1998).

Considerando que el modelo ASE describe influencias próximas y distales, el TTI, además, distingue niveles de influencia final. Las influencias principales son las que están fuera del control personal de los individuos. Por ejemplo, los problemas de delincuencia barrio, el divorcio de los padres y estilos de crianza son vistos como influencias finales, mientras que los rasgos de personalidad como agresividad y neuroticismo, así como factores genéticos, también pertenecen a este nivel.

Tanto el modelo ASE y el postulado TTI se construye a partir de los niveles próximos de influencia mediando en los efectos de las categorías más distales.

Por otro lado, se ha reconocido que las conductas que se han vuelto habituales pueden tener efectos directos sobre el comportamiento futuro (De Vries, Backbier, Kok & Dijkstra, 1995; De Vries y Mudde,1998) y por lo tanto puede pasar por alto el proceso cognitivo (Aarts y Dijksterhuis, 2000; Trafimow, 2000; Triandis 1977; 1.980; Verplanken y Aarts, 1999). El TTI distingue el comportamiento de prueba del uso repetido de sustancias. Las experiencias de ensayo inicial pueden causar que un individuo continúe o abandone el uso de la sustancia.

ASOCIACIONES CON LA CONDUCTA DE FUMAR EN LA ADOLESCENCIA.

El informe general de los Estados Unidos de 1994 sobre el tabaquismo y la salud presentó un análisis de los factores de riesgo psicosocial del tabaquismo, basado en una revisión de la literatura por Conrad, Flay y Hill (1992).

Tyas y Pederson (1998) aplazaron esta revisión a 1996. Con el fin de ofrecer una visión completa, las revisiones se han actualizado para la presente tesis por medio de una búsqueda de bases de datos electrónicas (MEDLINE y PsychLit) a partir de 1997-2001, así como una revisión de las revistas no presentadas en bases de datos informatizadas, pero aparecen en publicaciones sobre estudios de tabaquismo en los adolescentes, y un examen cuidadoso de las citas y referencias en los estudios conocidos y las revisiones de tabaquismo en los adolescentes.

Los estudios revisados incluyen tanto diseños transversal como longitudinales. En consecuencia, esta tesis habla de la adolescencia y asociaciones con la conducta de fumar, en lugar de determinantes. Los hallazgos empíricos con respecto a las asociaciones próximas se observan, utilizando el modelo ASE como un marco de referencia.

Para una descripción más detallada se remite al lector a las críticas por Conrad et al. (1992) y Tyas y Pederson (1998).La intención de fumar se encuentra altamente asociada con la aparición de la conducta futura de fumar. Conrad, Flay y Hill (1992) encontraron que la intención de fumar estaba asociada significativamente con la aparición de la conducta de fumar en el 89% de los estudios.

Las características especiales de la intención de los adolescentes de fumar son los conceptos de la susceptibilidad de fumar (Pierce, Choi, Gilpin, Farkas y Merritt, 1996; Pierce, Farkas, Evans & Gilpin, 1995) y las etapas intencionales o de motivación del cambio (Prochaska y DiClemente, 1983).

La investigación ha demostrado que la susceptibilidad a fumar (es decir, la ausencia de un firme compromiso de no fumar) está fuertemente asociada con la transición hacia ambas etapas, la de experimentación (Pierce et al., 1996) y la del tabaquismo establecido (Choi, Pierce, Gilpin, Farkas y Berry, 1997).

La investigación que aplica el constructo de las etapas de cambio a la adquisición de tabaquismo en los adolescentes mostró que las etapas se asociaron con factores cognitivos de riesgo (Elder et al., 1990; Kelley, Denny & Young, 1999; Pallonen, 1998; Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov y Smith, 1998; Stern, Prochaska, Velicer y Elder, 1987; Werch y DiClemente, 1994).

Se ha encontrado que las actitudes positivas hacia el consumo del tabaco están asociadas con una mayor probabilidad de riesgo de fumar (por ejemplo, Botvin, Baker, Goldberg, Dusenbury y Botvin, 1992; Eiser, Morgan, Gammage, Brook y Kirby, 1991; Zhu, Liu, Shelton y Giovino, 1996).

Aunque algunos estudios encontraron que las creencias acerca de los efectos negativos para la salud de fumar es un factor de protección (por ejemplo, Prokhorov y Alexandrov, 1992; Tuakli, Smith & Heaton, 1990), muchos estudios no apoyan esta conclusión (por ejemplo, McNeill et al., 1988; Virgili, Owen y Severson, 1991).

Con respecto a las influencias sociales, la percepción de comportamiento de otras figuras relevantes (es decir, padres, amigos, hermanos), en particular, que ha sido estudiado en una amplia gama de contextos y en un gran número de estudios.

Mientras que los resultados con respecto a los padres y hermanos han sido inconsistentes, el tabaquismo entre iguales se ha encontrado que está asociado consistentemente con el hábito de fumar de los adolescentes. (por ejemplo, Biglan, Duncan, Ary y Smolkowski., 1995; Botvin et al, 1992; Hirschman, Leventhal y Glynn, 1984).

Además, las presiones hacia el consumo del tabaco también parecen jugar un papel. Se ha encontrado la conducta de fumar está asociada con la presión social en varios estudios (por ejemplo, Botvin et al., 1992; Urberg, Cheng y Shyu, 1991).

La auto-eficacia se ha encontrado que está asociada con el tabaquismo, la auto-eficacia de rechazar cigarrillos en ciertas situaciones de alto riesgo (por ejemplo, cuando un amigo le ofrece un cigarrillo) siendo especialmente relevante (por ejemplo, De Vries et al., 1988; Sussman, Dent, Flay, Hansen & Johnson, 1987).

En resumen, las asociaciones con el hábito de fumar de los adolescentes son:

- Socioculturales
- Psicológica
- Conductual
- Biológica

Entre estas asociaciones están: el estatus de control y lugares sociales que se frecuentan, situación económica, edad de inicio de consumo, estructura familiar y su tolerancia, habilidades de rechazo, independencia con los iguales, consumo de alcohol, otros consumo de sustancias, factores genéticos, relaciones en la escuela, alienación, disponibilidad de consumo de cigarrillos, curiosidad, la publicidad del tabaco, el rendimiento o rebeldía académico-escolar. la asunción de riesgos, la situación personal, la participación en los deportes, la estructura familiar, la Inteligencia, lugar de residencia rural o urbano, factores escolares , tendencia a la sumisión, estilo de crianza, la agresividad, precio de los cigarrillos, factores de autoestima, educación religiosa, eficacia personal, estrés, socialización, orientación a corto plazo, el patrocinio deportivo por las empresas tabacaleras, estilo de afrontamiento, leyes de venta de tabaco locales, depresión, intención, comportamiento, hogar y restricciones de fumar en el lugar de trabajo, auto-concepto de fumar en el futuro, publicidad, las etapas de fumar, extroversión al cambio del adolescente, susceptibilidad de fumadores, preocupaciones por la imagen corporal, consecuencias para la salud, las estimaciones de prevalencia, aprobación de los anuncios de cigarrillos, conducta de fumar de los iguales, actitud hacia el tabaco, normas de prohibición, efecto sobre la autoimagen de la conducta de fumar de los padres, las creencias acerca de las normas parentales, remordimiento anticipado, la conducta de fumar del hermano, las creencias acerca del gusto, las normas de hermanos, creencias sobre el estrés / relajación, estimaciones normativas generales n situaciones emocionales, presión subjetiva de los padres, la oportunidad de fumar, consecuencias fisiológicas, de la presión de los compañeros con los amigos, actitud, influencia social y autoeficacia.

En relación con el nivel distal de influencia, los factores de comportamiento que se han encontrado asociados consistentemente con el hábito de fumar son el rendimiento académico (por ejemplo, Allison, 1992; Jackson, Bee-Puertas y Henriksen, 1994) y el uso de otras sustancias (Lo, Blaze-Temple, Binns y Ovenden, 1993; McDermott et al,.1992; Oakley, Brannen y Dodd, 1992).

Sin embargo, las asociaciones más elevadas con el comportamiento actual de fumar se han encontrado para el comportamiento de fumar antes. En consecuencia, generalmente este factor se encuentra como el mejor predictor del uso futuro (por ejemplo, De Vries et al., 1995).

Factores psicológicos relevantes incluyen el estrés (por ejemplo, Bonaguro y Bonaguro, 1987; Byrne, Byrne y Reinhart, 1995; Reppucci, Revenson y Aber, 1991) y la autoestima (por ejemplo, Jackson et al ,. 1994; Young & Werch, 1990).

Con respecto a factores biológicos, el inicio del tabaquismo y la prevalencia se elevan con la edad (por ejemplo, Camp, Klesges y Relyea, 1993; Wang, Fitzhugh, Westerfield y Eddy, 1994).

La investigación reciente se ha centrado en particular en los factores sociales y culturales asociados con el tabaquismo. La implicación religiosa y los valores (Heath et al., 1999), la socialización de la madre (Chassin, Presson, Todd, Rose & Sherman, 1998), el patrocinio deportivo por compañías de tabaco (Vaidya, Vaidya y Naik, 1999), las leyes de venta de tabaco locales (Siegel, Biener y Rigotti, 1999), hogar (Proescholdbell, Chassin y McKinnon, 2000) y las restricciones de fumar en el lugar de trabajo (Farkas, Gilpin, blanco y Pierce, 2000), así como imágenes del hábito de fumar en las películas (McCool, Cameron y Petrie, 2001) son conceptos que se han encontrado en los últimos cinco años que se asocia con el comportamiento de tabaquismo adolescente

MODELOS DE COMPORTAMIENTO DE LA SALUD DE LA ETAPA

Teorías intencionales de conducta de salud también pueden ser etiquetadas como teorías lineales (Weinstein, Rothman y Sutton, 1998), en la que su objetivo es identificar las variables que influyen en la intención (por ejemplo, normas y actitudes subjetivas) y combinarlos en una ecuación de predicción.

Cuando se aplica a las personas, el valor que se adjunta a cada variable en la ecuación de predicción indica la probabilidad o posibilidad de que una persona va a ejecutar el comportamiento bajo estudio. Por ejemplo, si una persona se anota en lo alto de un 'pro' o ventajas de un comportamiento particular, esta persona es más probable que ejecute este comportamiento que una persona con puntuaciones más bajas. Como la ecuación es idéntica para cada sujeto en estudio, un modelo lineal se asume subyacente.

Sin embargo, algunos comportamientos no pueden predecirse con precisión por una sola ecuación. Dos personas que actúan de manera diferente pueden necesitar una ecuación de predicción diferente. Incluso dos personas que están motivadas de manera diferente hacia la actuación de una determinada manera puede ser mejor descrito por diferentes ecuaciones de predicción.

Como resultado de esta visión, los modelos de la etapa de conducta de salud se utilizan cada vez más en la psicología de la salud (Sutton, 2000). Las teorías de etapa presentan una dimensión temporal, que se ignora en gran medida por otras teorías de cambio. El cambio de comportamiento es a menudo interpretado como un evento, como dejar de fumar, beber o comer en exceso (Velicer, Prochaska, Fava, Norman & Redding, 1998).

Por el contrario, los modelos de etapa asumen que el cambio de comportamiento es un proceso dinámico que implica movimiento a través de un conjunto de distintas etapas definidas cualitativamente (Weinstein et al.,1998). La figura 1.4b muestra un ejemplo de una curva ('la O-patrón') que indica un modelo de etapa subyacente (véase también De Vries y Backbier, 1994).

Weinstein y colaboradores (1998) definen cuatro propiedades de una teoría de las etapas de comportamiento de la salud. En primer lugar, cualquier teoría de etapa incluye un sistema de clasificación que asigna a cada individuo a uno de un número limitado de categorías. Cada etapa comportamiento de la salud incluye personas que difieren relativamente poco el uno del otro, mientras que las diferencias entre personas en diferentes etapas son relativamente grandes. En segundo lugar, las teorías de etapa tienen una naturaleza secuencial. La gente se supone que pasa por una etapa en particular con el fin de entrar en la siguiente. La tercera propiedad definitoria afirma que la gente en la misma etapa afronta barreras u obstáculos similares antes de que puedan progresar a la siguiente etapa, mientras que las diferentes etapas implican diferentes obstáculos.

Las teorías de comportamiento de salud que no cumplan estos cuatro criterios definitorios deben identificar procesos no obligatorios de la etapa. En tales teorías, el concepto de etapas sería superfluo, y el comportamiento podría muy bien describirse como lineal.

Se han propuesto un número de teorías de etapa basadas en la literatura médica. Las teorías de etapas se pueden dividir en las teorías de comportamiento relacionados con la etapa de la salud y en teorías de etapas generales.

Los modelos de etapa que abordan un comportamiento particular de salud han sido aplicados en las áreas de prevención del SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990; Martin, 1995) y el retraso en la búsqueda de atención médica (Safer, Tharps, Jackson y Leventhal, 1979; Andersen, Cacioppo y Roberts, 1995).

Las teorías generales de la etapa de uso habitual en psicología de la salud incluye el modelo transteórico (MTT; Prochaska y DiClemente, 1983), el Modelo de Proceso de Adopción de Precauciones (PAPM; Weinstein, 1988; Weinstein y Sandman, 1992), el Enfoque basado en procesos de acción de salud (HAPA; Schwarzer, 1992; Schwarzer & Fuchs, 1996), y el Meta Modelo de Salud Conductual (HBGM; Gebhardt, 1997).

En general, cada uno de estos modelos distingue una pre-contemplativa, no-contemplativa, una preparativa y una etapa activa y / o de mantenimiento, aunque las definiciones exactas de cada una de estas etapas pueden ser diferentes (véase también Gebhardt, 1997).

Las "etapas de cambio" construidas en el modelo transteórico son, con mucha diferencia, más ampliamente utilizadas que las etapas de cambio de la teoría de comportamiento de salud (Sutton, 2000). Este modelo se describe en la siguiente sección.

ETAPAS DE CAMBIO.

El constructo de las etapas de cambio (SCC) fue desarrollado en la década de 1980 (Prochaska y DiClemente, 1982; 1983; Figura 1.5). El SCC es la clave de la construcción del Modelo Transteórico (TTM), e interpreta el cambio como un proceso que implica el progreso a través de una serie de cinco etapas.

La precontemplación es la etapa en la que la gente no tiene la intención de adoptar medidas en el futuro previsible, por lo general operacionalizada como los siguientes seis meses (Velicer et al., 1998).

Las personas pueden permanecer en esta etapa, ya que están desinformadas o con poca información sobre las consecuencias de su comportamiento. Pueden también permanecer en esta etapa, ya que no son conscientes del hecho de que el cambio de comportamiento presiona a ser deseable.

La contemplación es la etapa en la que las personas tienen la intención de cambiar dentro de los próximos seis meses. Se supone que son más conscientes de las ventajas de la conducta de cambiar, pero también son conscientes de precisión de las desventajas.

La preparación es la etapa en el que las personas tienen la intención de tomar medidas durante el próximo mes. Estos individuos típicamente tienen un plan de acción, tales como hablar con un experto, o la compra de un libro de autoayuda. La acción es la etapa en la que la gente ha hecho modificaciones específicas abiertas a sus estilos de vida en los últimos seis meses.

En esta etapa, la precaución contra la recaída es crítica. El mantenimiento es la etapa en la que la gente está trabajando para estabilizar el cambio de conducta. La regresión se produce cuando los individuos vuelven a una etapa anterior del cambio.

<u>Etapas del constructo del cambio:</u>

Precontemplación: Sin intención de tomar acciones en los próximos 6 meses

CONTEMPLACIÓN: Con la intención de actuar dentro de los próximos 6 meses

PREPARACIÓN:Con la intención de actuar en el próximo mes

ACCIÓN: Cambio de comportamiento en los últimos 6 meses

MANTENIMIENTO: El mantenimiento de un cambio de comportamiento durante más de 6 meses

Los resultados de varios estudios sugieren que las etapas de cambio, no sólo difieren debido a las diferencias en las intenciones, sino también debido a las diferencias en el impacto de los determinantes cognitivos (Velicer, Norman, Fava y Prochaska, 1999).

Los determinantes cognitivos, que se refieren a constructos como dinámicos en el TTM, se han demostrado que difieren entre las diversas etapas de cambio (Velicer et al., 1999; Prochaska y DiClemente,1984; Prochaska, Velicer, Guadagnoli, Rossi & DiClemente, 1991).

Los constructos dinámicos en la TTM consisten pros (ventajas percibidas), los contras (desventajas percibidas) y tentaciones (autoeficacia percibida) en relación con el comportamiento en cuestión.

Los individuos reciclan principalmente a través de las etapas, es decir, pasan a través de las distintas etapas de un número de veces antes de que el cambio real de comportamiento tiene lugar.

Diez procesos de cambio han sido identificados para representar las estrategias cognitivas y conductuales que la gente utiliza cuando se mueven a través de las diversas etapas (Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava, 1988).

Los procesos cognitivos, o experienciales, incluyen la toma de conciencia, la auto-reevaluación, la auto-liberación, la reevaluación del medio ambiente, y la excitación emocional y la percepción de alivio.

Los procesos de comportamiento incluyen contra-acondicionamiento, control de estímulos, la gestión de refuerzo, ayudando a las relaciones, y la liberación social. Prochaska y DiClemente (1983) han argumentado que la importancia relativa de cada proceso es dependiente de la etapa.

MODELOS DE ETAPAS DE LA INICIACIÓN EN EL TABAQUISMO EN LOS ADOLESCENTES.

En el presente apartado se revisan los modelos actuales del proceso de etapa de iniciación al tabaquismo en los adolescentes. Aunque muchos investigadores han asumido una progresión de etapa como inicio al tabaquismo, dos grandes líneas de investigación se pueden identificar que han evaluado este continuum (Werch y Anzalone, 1995).

Se trata de una línea de investigación que tiene su origen en el constructo de las etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1983), que se centra principalmente sobre los cambios en las etapas de motivación (o intencionales) de inicio del tabaquismo.

La segunda línea de investigación se originó a partir de los primeros trabajos de Leventhal y Cleary (1980), y se centra en las etapas de iniciación del comportamiento. Las siguientes secciones tratan sobre el estado de las pruebas en ambas líneas de investigación.

Etapas de motivación de la adquisición del tabaquismo en los adolescentes

Como se describe en la sección sobre las asociaciones con el hábito de fumar de los adolescentes, la intención de fumar está muy asociada con el comportamiento futuro de fumar. Debido a la fuerza de esta asociación, varios investigadores han utilizado las intenciones de fumar como una medida de resultado en sus estudios (USDHHS, 1994).

Este fue especialmente el caso en poblaciones donde la prevalencia del tabaquismo es baja, como los pre-adolescentes. Estos estudios se basaban principalmente en la teoría de Fishbein y Ajzen de de la Acción Razonada (1975) y evaluaban los planes de los adolescentes de comenzar a fumar en el próximo año, o en algún momento del futuro (por ejemplo, Evans, 1983; Evans, Rozelle y Maxwell, 1981; Page y Gold, 1983; Sherman, 1982; Tucker, 1984).

Se tiene en cuenta que las medidas de resultado intencionales tienen una naturaleza lineal, reconociendo el proceso de etapas como de cambio de comportamiento de salud. Prochaska y DiClemente (1983) desarrollaron una medida estandarizada de las intenciones de etapa de los individuos o motivaciones, etiquetan el constructo de las etapas de cambio (SCC), que se describen en la sección anterior. Aunque el SCC surgió de la investigación sobre el cese del tabaquismo en adultos, se ha aplicado a una amplia variedad de comportamientos problemáticos (Prochaska et al., 1994).

El SCC también se ha aplicado a la adquisición de tabaquismo en los adolescentes (Elder et al. 1990; Kelley et al., 1999; Pallonen, 1998; Pallonen et al., 1998; Stern et al., 1987; Werch y DiClemente, 1994) y puede ser considerado como la imagen especular del modelo de cesación tabáquica (Stern et al., 1987).

El SCC distingue tres etapas motivacionales de adquisición del tabaquismo (Pallonen et al., 1998), que se define como la adquisición de precontemplación (APC; no hay intenciones de empezar a fumar en los próximos 6 meses), la adquisición la contemplación (AC; pensando en empezar a fumar en los próximos 6 meses) y preparación de adquisición (AP; pensando en empezar a fumar dentro de los próximos 30 días).

Además, el modelo supone etapas de la acción (haber fumado durante los pasados 6 meses) y mantenimiento (haber fumado durante más de 6 meses). El McMOS modelo (Werch y Anzalone, 1995; Werch y DiClemente, 1994) se basa en las CEC, y combina las cinco etapas de adquisición del cambio con las cinco etapas "regulares" de la cesación, formando un modelo de diez etapas. El modelo se ha aplicado principalmente a la adquisición de consumo de alcohol (Werch, 1997; Werch, 2001; Werch, Carlson, Pappas, Dunn & Williams, 1997; Werch et al, 1995) y el consumo de drogas (Werch, Meers y Farrell., 1993; Werch, Ross, Anzalone y Meers, 1994).

Dado que el SCC proporciona una medida estandarizada de las motivaciones individuales, este constructo ha recibido una atención creciente. La investigación transversal en las etapas de la adquisición de fumar ha demostrado que las diversas etapas difieren con respecto a las características cognitivas.

Los precontempladores de la adquisición mostraron características cognitivas de que había menos riesgos (Pallonen et al., 1998; Stern et al, 1987;. Werch et al, 1993; 1994); vieron menos ventajas del consumo de tabaco y más desventajas de fumar (Pallonen et al, 1998;.. Stern et al, 1987) y que tenían una mayor motivación para evitar el tabaco (Werch et al., 1993; 1,994) que los de las etapas más avanzadas. Además, tenían una creencia más fuerte de que podían abstenerse de fumar en situaciones difíciles, por ejemplo cuando un amigo ofrece un cigarrillo.

Los contempladores de la adquisición tenían algunas características cognitivas de que había menos riesgos que los de preparadores de adquisición (Pallonen et al, 1998;.. Werch et al, 1993).

Estado de las pruebas.

El SCC ha tenido un gran impacto en la promoción de la salud. Se ha convertido en uno de los recursos conceptuales más importantes y populares en el campo (Whitelaw, Baldwin, BuntonY Flynn, 2000).

La capacidad de la SCC en poblaciones en las que es compatible la segmentación y las intervenciones directas en ellas son características atractivas (Whitelaw et al., 2000). Para ilustrar su popularidad, se realizó una revisión del constructo de las etapas de cambio por Whitelaw y sus colegas, en la que identificaban 239 estudios empíricos que utilizan el constructo de las etapas de cambio. La utilización de la SCC aumentó con 4 estudios más en 1985, con 11 estudios realizados en 1992 y con 31 estudios en 1995, y con 54 en 1997.

Una de las ventajas de estudiar el inicio del tabaquismo adolescente con el SCC es que medidas similares pueden ser utilizadas tanto para la adquisición de tabaquismo en los adolescentes como para el cese de esta conducta. Por lo tanto, el SCC ofrece un enfoque conciso y basado en la teoría de los adolescentes fumadores (Pallonen et al., 1998).

Otra característica de la SCC de la adquisición de fumar, que puede tener validez aparente, es que los sujetos pueden moverse en ambas direcciones entre las etapas o pasar varias veces por las etapas. Otras (comportamiento) teorías de etapas asumen que el fumar es un proceso de desarrollo lineal en el que una etapa necesariamente lleva a la siguiente (Pallonen et al., 1998).

Desafortunadamente, la posibilidad de reciclaje a través de las etapas no se conoce investigación hasta la fecha. Esto requeriría un diseño longitudinal, y el SCC nunca ha realizado este tipo de prueba. En su revisión de las CEC, Whitelaw y sus colegas (2000) sugieren que muchos estudios que ponen a prueba empíricamente el constructo están tratando de presentar la evidencia del apoyo de la CEC. Sin embargo, se han planteado dudas acerca de la autoridad de estos estudios y por tanto, la asunción de pruebas válidas (Whitelaw et al., 2000; Sutton, 2001). Bandura (1997) ha cuestionado si el modelo es un modelo "verdadero" etapa en absoluto. La subdivisión de las diferentes etapas mediante el uso de marcos de tiempo puede ser arbitraria y no un reflejo de la transformación de la etapa cualitativa.

Por otra parte, Bandura (1997) afirmó que la etapa real de progresión no permite el reciclado a través de etapas. Sutton (2001), sin embargo, tiene la postura de que no es realista insistir en una secuencia irreversible para las etapas de cambio en conductas de adicción.

La validez de las etapas de auto-reporte también ha sido cuestionada. Lechner y colegas (Lechner, Brug, De Vries, Van Assema y Mudde, 1998), por ejemplo, han demostrado que los diferentes métodos de evaluación de la dieta clasifican temas en diferentes etapas. Muchos temas se clasificarían como estar en 'precontemplación' de acuerdo con esta clasificación, mientras que la clasificación tradicional daría lugar a una asignación a la fase de "mantenimiento". Además, la validez externa ha sido cuestionada respecto a su transferencia a otros comportamientos de dejar de fumar, tales como el consumo de drogas, el ejercicio y la dieta saludable (Clarke y Evas, 1997).

Con respecto al inicio del tabaquismo, la prevalencia de adquisición de los precontempladores entre la población adolescente de no fumadores se han obtenido datos que dicen que se podría tratar de un 90% (Aveyard et al., 1999;. Pallonen et al, 1998).

Dado que un gran porcentaje de los adolescentes eventualmente comienzan a fumar, el grupo de precontempladores podría ser diverso con respecto a los predictores de inicio del tabaquismo. A este respecto, el constructo las etapas de cambio podría no cumplir con la primera propiedad que define propuesto por Weinstein y colaboradores (1998), que establece que las etapas deben incluir a las personas con diferencias relativamente pequeñas entre sí.

Además, el marco de tiempo de la CEC no puede ser aplicable a los adolescentes, a diferencia de los adultos, los adolescentes no suelen planificar con vista a los próximos seis meses. El período de la adolescencia se caracteriza por cambios

rápidos y múltiples tanto sociales como personales. Para cada persona, hay algunos momentos críticos como lo es la adolescencia, en la que ciertos comportamientos saludables surgen como temas importantes y deben decidir si actuar o no (Engels, Knibbe & Drop, 1999).

Por otra parte, el enlace de la motivación-conducta puede no ser muy fuerte en la adolescencia. Esto podría ser especialmente cierto para aquellos que han dado poca consideración a las consecuencias de la conducta específica (Bagozzi y Yi, 1989), o para aquellos que no están dispuestos a hacer el esfuerzo para llegar a una decisión deliberada (Fazio, 1985).

Muchos adolescentes dicen que no quieren empezar a fumar, pero muchos de ellos todavía no han iniciado el hábito. La medición de la motivación para empezar a fumar en algún momento del futuro podría no distinguir entre los niños que realmente han pensado conscientemente sobre ser no fumadores y los que no han decidido racionalmente que no vayan a fumar.

Por lo tanto, el concepto de "no-susceptibilidad" fue introducido por Pierce y sus colegas (1995). La decisión de comenzar a fumar o puede estar influenciada por la ausencia de una decisión firme de no fumar (Choi et al., 1997; Pierce et al., 1996; Unger, Johnson, Stoddard, Nezami y Chou, 1997).

Por último, algunos investigadores han reconocido algunos déficits en la aplicabilidad de la SCC a la naturaleza experimental de la adquisición de tabaquismo en los adolescentes. Kelley y colegas (1999) añaden una etapa al modelo, de recontemplación, representando a aquellos individuos que han intentado probar una sustancia, pero no tienen previsto volver a intentarlo. Ellos han encontrado la etapa de recontemplation sea la etapa segunda mayor de tabaquismo en los adolescentes que se están iniciando, después de la etapa de precontemplación.

En conclusión, aunque en el enfoque de las etapas de cambio del tabaquismo en los adolescentes, el comportamiento parece ser un buen punto de partida, la aplicabilidad del constructo como tal al proceso de inicio del tabaquismo adolescente necesita ser evaluada. El primer inconveniente es que la investigación en su mayoría se ha limitado a estudios transversales en la asignación de etapas. Además, las definiciones anteriores no han aclarado linealmente ni probado el papel de las variaciones en la fuerza de los marcos de intención y el tiempo en la medición y la comprensión las etapas de adquisición de motivación de la conducta de fumar (ver también Werch, 2001).

Etapas del comportamiento de los adolescentes fumadores.

Desde que empezaron a acumularse las pruebas relativas a la incidencia del tabaco en el cáncer de pulmón en los años cincuenta (Doll y Hill, 1950; Levin et al, 1950;. Mills & Porter, 1950; Schrek et al, 1.950.; Wynder y Graham, 1950) los investigadores han iniciado estudios sociológicos y epidemiológicos sobre la conducta de fumar.

Muchas encuestas fueron llevadas a cabo a finales de 1950 y comienzos de 1960 (Borgatta & Evans, 1968). En 1968, Salber y sus colegas afirmaron que "un número considerable de la sección de estudios transversales epidemiológicos se han llevado a cabo en la población general, los grupos que considera de especial relevancia, son los de adolescentes, y tal vez sean con los que es conveniente estudiar con más frecuencia" (Salber, Freeman & Abelin, 1968; Pág. 129).

Respecto a este particular en las publicaciones, sin embargo, los autores toman un nuevo standar, al afirmar que la sección transversal de estudios epidemiológicos no proporciona suficiente información sobre la etiología del consumo de tabaco. "Más bien, los estudios longitudinales con" proceso "o los datos son" dinámicas " necesarias para entender la trayectoria del fumador '(Salber et al, 1968;.. p 130).

Estas y otras observaciones de la conducta de fumar en las finales de 1960 y principios de 1970 (por ejemplo, Dunn, 1973) han llevado a la construcción de teorías sobre la definición de las etapas de inicio del tabaquismo de los adolescentes en la década de 1980 (Flay et al, 1983;.. Hirschman y otros,1984; Leventhal y Cleary, 1980). Leventhal y Cleary (1980) sugirieron que la historia del desarrollo de un fumador se mueve a través de varias etapas. Las etapas de su modelo son: 1) la preparación para fumar, 2) la iniciación y ensayos iniciales, 3) convertirse en un fumador (a experimentar y adoptar el hábito), y 4) el mantenimiento o la adicción.

Flay y sus colegas (1983), esencialmente de acuerdo con la premisa básica de las etapas, proporcionó nuevas elaboraciones de las etapas sugeridas por Leventhal y Cleary. Las etapas básicas se describen y se resumen en Flay (1993) y en el.Informe del Secretario General de 1994 (USDHHS, 1994; Figura 1.6), y empíricamente probado por Flay, Hu y Richardson (1998).

El modelo por Flay (1993) puede ser contemplado como la teoría líder del continuo en el inicio del tabaquismo adolescente. Durante la primera etapa o nunca he fumado, las creencias se forman sobre la utilidad de fumar. En esta etapa, el adolescente puede ver fumar como funcional.

Esta funcionalidad percibida puede ser expresada como oferta de oportunidades de que aparezca cuando se madura, se lidia con el estrés, se víncula con un nuevo grupo de amigos, o se forma criterio propio (Perry, Murray & Klepp, 1987; USDHHS, 1994).

La segunda etapa tratada abarca los primeros cigarrillos que un adolescente fuma. Las situaciones que fomenten, por lo general, implican el trato con los compañeros. La percepción de los efectos fisiológicos del hábito de fumar (negativos o positivos) y el grado de refuerzo social de estos ensayos determinan si un adolescente pasa a la siguiente etapa, la experimentación, que incluye un consumo del tabaco repetido pero irregular. Esta etapa se caracteriza por un aumento gradual en la frecuencia de tabaquismo y en la variedad de situaciones en las que se consumen cigarrillos.

El tabaquismo es generalmente una respuesta a los estímulos externos, tales como estar en una fiesta y un amigo te ofrece un cigarrillo. Estas influencias aún no lo han llevado a un patrón regular de uso. En la cuarta etapa, el uso regular, un adolescente fuma sobre una base regular, por lo general al menos semanalmente. Algunos cigarrillos cada fin de semana en partidos u otras reuniones; unos pocos cigarrillos en la mayoría de los días de semana en el camino hacia o desde el colegio.

La etapa final, dependencia de la nicotina y la adicción, se caracteriza por una necesidad fisiológica de nicotina. Estos adolescentes pueden desarrollar la necesidad, del conumo de cigarrillos diarios y experimentan síntomas de abstinencia (véase también USDHHS, 1994).

Proceso de iniciación de fumadores

NUNCA fumador: Nunca fumaron, ni siquiera una calada

PROBANDO: Tratando primeros cigarrillos, perono se fuma más tiempo

EXPERIMENTAR: más experimentación, no sobre una base de consumo semanal

FUMAR REGULAR: Al menos una vez por semana

ABANDONAR EL HÁBITO.

DEPENDENCIA DE NICOTINA Y ADICCIÓN: El consumo del tabaco queda establecido, sobre una base diaria.

La investigación sobre las correlaciones de variables psicosociales con las distintas etapas del inicio del tabaquismo ha demostrado que las etapas difieren con respecto a la probabilidad de la conducta de fumar futuro (Flay et al., 1998). Nunca se encontró que los fumadores de tuvieran ciertas características psicosociales, indicando que eran menos propensos a asumir la conducta de fumar futuro. Por ejemplo, los fumadores nunca perciben muchas desventajas del consumo de tabaco y tenían unos amigos que habían intentado fumar. Los que lo están probando podrían distinguirse de los experimentadores sobre la base de características psicosociales, siendo más propensos a empezar a fumar en el futuro como experimentadores. Los fumadores habituales tenían las características psicosociales de mayor riesgo. Ellos perciben muchas ventajas de fumar y tenían un alto nivel de intención de seguir fumando.

Además, Flay y sus colegas (1998) examinaron los factores que predijeron la transición de etapa. El de mayor correlación fue el de la transición desde el estar probando al uso experimental incluyendo tener amigos que fuman y la aprobación, las ofertas de cigarrillos por los amigos, las intenciones de fumar, nivel escolar,y el alcohol y el consumo de marihuana. Los predictores significativos de las transiciones de uso experimental de uso regular incluía fumadores y familiares en conflictos entre los padres(Flay et al., 1998).

Estado de las pruebas.

El modelo de etapas por Flay y sus colegas tiene validez aparente (Robinson, Klesges, Zbikowski y Glaser, 1997) y que ha sido aceptado como la teoría más aceptada sobre la proceso de inicio del tabaquismo por la American Surgeon General (USDHHS, 1994). Sin embargo, excepto para el estudio determinante único descrito anteriormente (Flay et al., 1998), el modelo nunca ha sido validado como tal en la investigación longitudinal. Aunque en comparación con los modelos anteriores de la iniciación, el modelo presenta una mayor precisión enla puesta en marcha de etapas (Werch y Anzalone, 1998), una de las razones de la falta de pruebas empíricas del modelo pueden ser esa etapa definiciones son a veces poco clara, contradictoria e infalsificable. La falta de definiciones operativas consistentes de las etapas de fumar se ha traducido en un fallido intento de identificar predictores únicos de las transiciones de la etapa en sus comentarios sobre el estudio de los determinantes de inicio del tabaquismo adolescente (Mayhew, Flay y Mott, 2000). Por ejemplo, la etapa de probar se ha definido como probando los primeros 'pocos' cigarrillos (por ejemplo, Mayhew et al, 2000, p S63;.. USDHHS, 1994, p. 126), pero también como los primeros dos o tres cigarrillos (por ejemplo, Flay, 1993), aunque ha sido operacionalizado como haber fumado 'todo o parte de un cigarrillo' (Flay et al., 1998).

<u>El modelo de etapas del comportamiento de inicio del tabaquismo no define una etapa de exfumador.</u>

La investigación realizada por Chassin y colegas (Chassin, Presson, Pitts y Sherman, 2000; Chassin, Presson, Rose & Sherman, 1991; Chassin, Presson, Sherman y Edwards, 1990) sobre la historia natural del consumo de cigarrillos de la adolescencia a la edad adulta ha demostrado que un grupo de fumadores no persistentes " puede ser distinguido entre losadolescentes. Estos adolescentes deciden ser los no fumadores después de haber probado o experimentado con el tabaquismo. Para esta sección de la población adolescente, el tabaquismo sólo representa un período de experimentación benigna y la rebelión de los adolescentes, en lugar que un comportamiento de fumar persistente (Chassin et al., 1991; 2000), lo que indica que no todos adolescentes avanzan más allá de tratar o experimentar. Aproximadamente 50% -67% de personas que tratan de no fumar proceden de patrones regulares de uso (Centros para Enfermedades Control y Prevención [CDC], 1998; USDHHS, 1994).

Además, el tema de dejar de fumar de los adolescentes está recibiendo más y más interés científico (Houston, Kolbe y Eriksen, 1998). Desde dejar de fumar se hace más difícil, ya que los fumadores progresan a través de la serie continua (CDC, 1998), es muy posible que las etapas de iniciación son recicladas como resultado de dejar de fumar.

Flay ha reconocido que los adolescentes pueden dejar de fumar después de probar, experimentar o fumar regular, postulando que la probabilidad de avanzar de una etapa a otra es siempre inferior. (Flay, 1993). En ajustes empíricos, sin embargo, de no fumadores decididod y dejar de fumar han sido por lo general categorizados en cualquiera de las tres etapas anteriores de fumar regular (es decir, nunca se ha fumado,

probando o experimentado; Mayhew et al., 2000). En el estudio empírico más reciente sobre diferentes etapas del tabaquismo en los adolescentes por Flay y colegas (Flay et al., 1998), exfumadores fueron divididos en los grupos de juzgadores y experimentadores.

Otros modelos de la etapa de inicio del tabaquismo sobre la base de la obra por Leventhal y Flay desde entonces se han introducido. Rowe y sus colegas (Rowe, Chassin, Presson y Edwards, 1992) han introducido un modelo de "epidemia" de inicio del tabaquismo, más adelante llamado modelo contagio. Este modelo describe la conducta de fumar como la progresión a través de cuatro etapas, a partir de una etapa 'no fumador' (adolescentes que son inmunes a la experimentación, así como los adolescentes que son susceptibles), a una etapa 'expuestos' (aquellos que han fumado un par de cigarrillos, pero no son fumadores habituales), y una etapa 'infectados' (que consiste en fumadores regulares). Este modelo también identifica una etapa 'recuperado', que consta de los que han dejado el hábito (Thornton, Douglas y Houghton, 1999). Los estudios que han aplicado el modelo de contagio han demostrado la utilidad de estudiar el inicio del tabaquismo adolescente como un proceso de escenario como (Rowe et al., 1992; Thornton et al., 1999). Sin embargo, las dificultades con respecto a la puesta en marcha de etapas permanecen.

Las estrategias de medición en la investigación de tabaquismo en los adolescentes rara vez han sido desarrolladas como resultado de las teorías sobre el continuo de inicio del tabaquismo. En su lugar, estrategias de medición a menudo han conducido las definiciones de la etapa (Mayhew et al., 2000).

Los estudios han utilizado con frecuencia conjuntos de datos existentes y definido etapas de iniciación en base a los datos disponibles. Por ejemplo, juzgadores se han definido como aquellos adolescentes 'haber intentado fumar sólo una vez' (Murray, Cisne, Johnson & Bewley, 1983), o fumar 'no más de una vez al mes "(Rowe, Chassin, Presson y Sherman, 1996). Los experimentadores han sido definidos como aquellos que fuma 'menos semanal' (Santi, Transporte, Brown, Best & Cameron, 1994), o los que hayan fumado "uno a cien cigarrillos en toda la vida, pero no en los últimos 30 días (Wang, Fitzhugh, Eddy, Fu y Turner, 1997).

La medida válida y fiable de las etapas es de suma importancia para el futuro de los adolescentes la investigación de fumar (Mayhew et al., 2000). Sólo esto permitirá que los hallazgos empíricos a informar de manera fiable desarrollo de la teoría y posteriormente guiar el desarrollo de los esfuerzos de prevención (Mayhew et al., 2000).

Aunque el proceso de inicio del tabaquismo propuesto por Flay y sus colegas se enfrentará validez, el modelo tiene que ser probado en su utilidad y validez en la investigación de la conducta de fumar de los adolescentes.

Conclusión

Mientras que una cantidad considerable de investigación sobre las etapas del comportamiento de la salud ha sido llevado a cabo, parece que hay una necesidad de la investigación sobre las etapas de desarrollo de adquisición de fumar. Aunque limitada, no hay evidencia que apoya la validez de etapas de la adquisición de fumar. Se han hecho avances en el reconocimiento de la complejidad de inicio del tabaquismo. Sólo los dos modelos descritos en esta sección (el modelo de comportamiento basado en el trabajo por Leventhal y Cleary (1980) y el modelo motivacional basado en las CEC por Prochaska y DiClemente, 1983) fueron concluidos para mostrar el potencial de una revisión de los modelos de la etapa de consumo de drogas (Werch y Anzalone, 1995). Sin embargo, esta revisión también concluyó que la investigación adicional es esencial para promover la prueba y perfeccionar los distintos componentes de la motivación y modelos de comportamiento de la etapa. Werch (2001) recomienda que la nueva etapa de motivación definiciones y medidas correspondientes deben ser desarrollados y probados, incluyendo aquellos que examinan las variaciones en el comportamiento experimental pasado, la fuerza de la intención, y el plazo para cada etapa. Los estudios realizados en esta tesis pretenden cumplir con estas recomendaciones.

Contextualización del Proyecto ESFA.

El tabaquismo es una importante causa prevenible de muerte prematura y discapacidad en todo el mundo (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 1994). La mortalidad anual estimada es de 540 000 en la Unión Europea, 461 000 en los EE.UU. y 457 000 en la antigua URSS (Peto et al., 1994). Mientras que la prevalencia global del tabaquismo entre los adultos se ha reducido, la prevalencia en adolescentes se mantiene sin cambios. La prevención del tabaquismo en los adolescentes continúa siendo un objetivo importante de la salud (De Vries et al., 2003).

Desde la década de 1970, los programas de prevención del tabaquismo han estado fuertemente influenciados por el enfoque de la influencia social iniciado por Evans et al. (Evans, 1976).

Un meta-análisis basado en la aplicación de los programas de prevención en 207 escuelas concluyó que los enfoques de la influencia social pueden ser eficaces, pero tener efectos limitados (Tobler et al., 2000). Rooney y Murray realizaron un meta-análisis y encontraron tamaños del efecto modestos en los programas escolares de 0.10 desviaciones estándar. Los autores concluyen que, incluso en condiciones óptimas, las reducciones en el tabaquismo pueden llegar a un 20 - 30% (Rooney y Murray, 1996).

Las aplicaciones europeas también produjeron resultados de proporciones similares (De Vries et al., 2003a). Los enfoques comprehensivos integrales pueden ser eficaces (Wakefield y Chaloupka, 2000), pero requieren recursos sustanciales para ser capaces de lograr efectos (Centros para el Control de Enfermedades y la Prevención, 1999).

Como los efectos de los programas de prevención del tabaquismo a menudo se deterioran con el tiempo, pueden surgir dudas acerca de la factibilidad de lograr un cambio a largo plazo con estos enfoques (Reid et al., 1995).

Los resultados de los enfoques comunitarios más amplios pueden proporcionar direcciones para futuros proyectos (Perry et al., 1992; Vartiainen et al., 1998; Biglan et al., 2000; Lantz et al., 2000). Hallazgos similares para el tabaco y el abuso de sustancias también se reportan (Johnson et al., 1990). Las intervenciones comunitarias principalmente se orientan a adultos, sin embargo, no conducen necesariamente a los cambios en los adolescentes fumadores (Bowen, 2002).

En consecuencia, las actividades de prevención del consumo del tabaco deben ser incorporadas en un enfoque integral que aborde específicamente a los jóvenes adolescentes, y además que tengan como objetivo modificar las conductas en el tabaquismo y las pautas de crianza de los hijos, en el comportamiento de los padres y profesores, y en la creación de políticas libres de humo en las escuelas y en otros lugares donde los más jóvenes se reúnen (Charlton et al., 1990).

Esto implica una mayor colaboración entre organizaciones nacionales y regionales, y la determinación para llegar a los grupos destinatarios importantes a los niveles micro, meso y macro (Tones y Tilford, 1994).

Esto da lugar a lo que nos proponemos hacer referencia como "prevención integral" preferiblemente con resultados evaluados en varios niveles (De Vries et al., 2003).

El proyecto ESFA (The European Smoking prevention Framework Approach), o Enfoque del Marco Europeo para la prevención del consumo de Tabaco (1997-2002) tenía como finalidad incorporar los principios de este enfoque aspirando a conseguir cambios en los niveles micro y meso. El objetivo general del proyecto ESFA era reducir la aparición del consumo del tabaco en el grupo experimental un 10% en comparación con el grupo control después de cuatro años (De Vries et al., 2003).

El modelo ASE (The **A**ttitude-**S**ocial influence- self-**E**fficacy model) o modelo de la Actitud-influencia Social-auto-Eficacia, ha servido como marco teórico para el análisis de los determinantes, y para el desarrollo del programa de intervención y para la evaluación (De Vries y Mudde., 1998; De Vries et al, 2000).

Originalmente, el modelo ASE se originó desde la Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), pero ha incorporado ideas o principios de otras diversas teorías, como la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1986), el modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1983) y el Modelo de Adopción de Precaución (Weinstein, 1988), y dio lugar a un modelo integrador que explica el cambio motivacional y conductual.

Este modelo integrador afirma que comportamiento es el resultado de las intenciones y de las habilidades de una persona. Las intenciones de una persona pueden ir desde no tener ninguna intención para cambiar (precontemplación) a tener una intención de cambiar el comportamiento (preparación). Las capacidades de la persona y barreras ambientales determinan si sus intenciones se llevaran a cabo (De Vries et al., 2003).

Las habilidades importantes son los planes para poner en práctica las intenciones a través de las acciones específicas para llegar a la meta conductual y las habilidades efectivas [ver, por ejemplo, (Bandura, 1986; Locke y Lathan, 1990; Gollwitzer y Schaal, 1998)].

Los factores motivacionales, tales como diversas actitudes, influencias sociales y auto-eficacia, determinan la intención de una persona. Los factores motivacionales están determinados por diversos factores predisponentes, los factores de la información (la calidad de los mensajes, canales y fuentes utilizadas) y los factores de sensibilización (conocimiento, percepciones de riesgo y señales para la acción) (De Vries et al., 2003).

Los objetivos del Proyecto.

El proyecto ESFA tenía varios objetivos:

(1) llevar a cabo el desarrollo del programa europeo en colaboración y participación conjunta,

(2) implementar y probar la eficacia de un enfoque integral utilizando objetivos básicos comunes, y

(3) llevar a cabo la investigación teórica sobre las diferencias y similitudes en los determinantes de la aparición del consumo del tabaco en los distintos países europeos (De Vries et al., 2003).

Este documento ofrece un resumen de la preparación del diseño del programa ESFA y el desarrollo, la gestión del programa, el desarrollo de la investigación, la línea base del consumo del tabaco en niños y niñas, y resume algunos de los hallazgos teóricos. Los resultados de los efectos del proyecto sobre la conducta de fumar en los adolescentes, está publicado en otra parte (De Vries et al., 2003a); publicaciones sobre otras cuestiones de investigación también puede se encuentran en otro lugar (Kremers et al, 2001a, b., 2003; Nebot et al., 2002; De Vries et al, 2003b.; De Vries, H., Wetzels, J., Kremers, S., Ariza, C., Duarte Vitoria, P., Holm, K., Jansen, K., Lehtuvuori, R., Fielder, A., Fresnillo, L. y Mudde, A. (2003) ¿Por qué hay más chicas que chicos que comienzan a fumar? ; Holm et al., 2003) (De Vries et al., 2003).

2 MÉTODOS.

2. MÉTODOS.

2.1. La población objeto del Proyecto ESFA-Madrid.

2.2. Los participantes y la gestión del proyecto.

2.3. Desarrollo del proyecto.

2.4. Diseño de la investigación.

2.5. Asignación aleatoria.

2.6. Las estrategias de la evaluación.

2.7. Evaluación de Proceso en el proyecto ESFA-Madrid.

2.8. La participación de las Instituciones Públicas competentes en el proyecto ESFA-Madrid.

2.9. Modelos de las cartas de presentación adjuntadas al cuestionario en el proyecto ESFA-Madrid.

2.10. Los instrumentos de medida en el proyecto ESFA-Madrid.

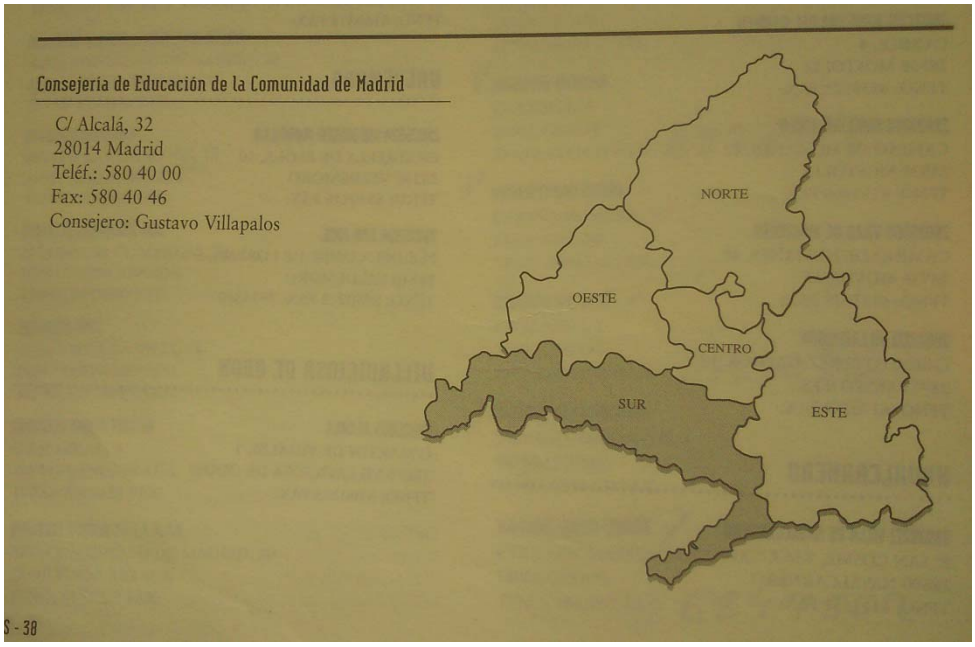
2.11. Propuesta del Plan de Actuación y del cronograma-calendario.

2.12. Las publicaciones en ESFA Newsletter-Boletín ESFA-Madrid.

2.1. La población objeto del Proyecto ESFA-Madrid.

La muestra de la población participante en el Proyecto ESFA-Madrid vive en la zona sur de la Comunidad Autónoma de Madrid.

En la figura siguiente se muestra el mapa de la Comunidad Autónoma de Madrid en el que aparece reflejada la situación geográfica de la zona sur en la que se realizó el Proyecto ESFA-Madrid.



La siguiente figura muestra las características de cada zona participante por el número de población municipal total y la situación geográfica de las poblaciones participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, que son las siguientes:

1. Alcorcón.
2. Getafe.
3. Parla.
4. Pinto.

Mapa

Superficie: 1.747,9 Km²

Total habitantes de derecho: 1.069.720

Número de Municipios: 39

Municipios por número de habitantes de derecho		Nº
Más de 100 000 habitantes	Móstoles (199.141 hab.) Leganés (178.162 hab.) Fuenlabrada (158.212 hab.) Getafe (144.197 hab.) Alcorcón (142.165 hab.)	5
De 50.000 a 100.000 habitantes	Parla (72.145 hab.)	1
De 10.000 a 50.000 habitantes	Aranjuez (39.146 hab.) Pinto (24.263 hab.) Valdemoro (20.125 hab.) Navalcarnero (11.113 hab.) Villaviciosa de Odón (15.954 hab.) Ciempozuelos (11.785 hab.)	6
De 5.000 a 10.000 habitantes	San Martín de Valdeiglesias (5.713 hab.) Humanes de Madrid (8.803 hab.)	2
Menos de 5.000 habitantes	El Alamo, Aldea del Fresno, Arroyomolinos, Batres, Brunete, Cadalso de Los Vidrios, Casarrubuelos, Cenicientos, Colmenar del Arroyo, Cubas de la Sagra, Chapinería, Griñón, Moraleja de Enmedio, Navas de Rey, Pelayos de la Presa, Rozas de Puerto Real, Serranillos del Valle, Sevilla la Nueva, Titulcia, Torrejón de la Calzada, Torrejón de Velasco, Villa del Prado, Villamanta, Villamantilla y Villanueva de Perales.	25

Dirección Provincial de Madrid

A fin de exponer las características poblacionales, su alumnado, su número de aulas y otros datos relevantes para el proyecto de investigación-acción, de las escuelas que participaron en el Proyecto ESFA-Madrid, se presentan reflejados en las tablas que se enumeran a continuación:

1. Tabla I: Relación de los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Alcorcón.
2. Tabla II: Relación de los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Getafe.
3. Tabla III: Relación de los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Parla.
4. Tabla IV: Relación de los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Pinto.
5. Tabla V: Relación de los Centros Educativos Concertados participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Alcorcón-
6. Tabla VI: Relación de los Centros Educativos Concertados participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Getafe.
7. Tabla VII: Relación de los Centros Educativos Concertados participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Parla.

8. Tabla VIII: Relación de los Centros Educativos Concertados participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Pinto.
9. Tabla IX: Relación total relativa a la población participante perteneciente a todos los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de colegios, de aulas y de alumnado.
10. Tabla X: Relación total relativa a la población participante perteneciente a todos los Centros Educativos Concertados (Colegios Concertados), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de colegios, de aulas y de alumnado.
11. Tabla XI: Relación total relativa a la población participante distribuida según el tipo de Enseñanza del Centro Educativo (pública o concertada) de todos los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y de todos los Centros Educativos Concertados (Colegios Concertados), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, de la población designada como grupo experimental perteneciente a Getafe.
12. Tabla XII: Relación total relativa a la población participante distribuida según el tipo de Enseñanza del Centro Educativo (pública o concertada) de todos los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y de todos los Centros Educativos Concertados (Colegios Concertados), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, de la población designada como grupo control perteneciente a los municipios de Alcorcón, Parla y Pinto.
13. Tabla XIII: Relación total relativa a toda la muestra de la población participante distribuida según el tipo de Enseñanza del Centro Educativo (pública o concertada) de todos los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y de todos los Centros Educativos Concertados (Colegios Concertados), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, a la población designada como grupo control perteneciente a los municipios de Alcorcón, Getafe, Parla y Pinto.

	I.E.S. públicos	Nº de grupos	Nº de alumnos
Alcorcón	Al-Qadir	3	84
	La Arboleda	4	102
	Los Castillos	3	60
	Galileo Galilei	4	87
	Ignacio Ellacuría	5	118
	Ítaca	2	57
	Jorge Guillen	6	183
	Luis Buñuel	4	87
	Parque de Lisboa	5	144
	El Pinar	6	165
	Prado Santo Domingo	3	66

Tabla I: Relación de los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Alcorcón.

En esta población el número de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de once.

En esta población el número de aulas de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de cuarenta y tres.

En esta población el número del alumnado de aulas de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de mil ciento cincuenta y tres.

Tabla II: Relación de los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Getafe.

I.E.S. públicos		Nº de grupos	Nº de alumnos
Getafe	Alarnes	3	88
	Altair	3	80
	Antonio López Garía	3	124
	Carpe Diem	4	109
	Clara Campoamor	3	66
	Ícaro	2	37
	Jose Hierro	4	111
	Laguna de Jooatzel	4	81
	Leon Felipe	4	121
	Manuel Azaña	8	238
	Matematico Puig Adam	6	167
	Satafi	4	11
	Silverio Lanza	5	119

En esta población el número de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de trece.

En esta población el número de aulas de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de cincuenta y tres.

En esta población el número del alumnado de aulas de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de mil cuatrocientos cincuenta y dos.

Tabla III: Relación de los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Parla.

I.E.S. públicos		Nº de grupos	Nº de alumnos
Parla	Enrique Tierno Galván	5	148
	Humanejos	8	219
	La Laguna	7	187
	Narcís Monturiol	6	156
	El Olivo	11	264
	Parla II	9	259

En esta población el número de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de seis.

En esta población el número de aulas de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de cuarenta y seis.

En esta población el número del alumnado de aulas de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de mil doscientos treinta y tres.

Tabla IV: Relación de los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Pinto.

I.E.S. públicos		Nº de grupos	Nº de alumnos
Pinto	Vicente Alexandre	6	209

En esta población el número de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de uno.

En esta población el número de aulas de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de seis

En esta población el número del alumnado de aulas de los Centros Educativos Públicos o I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) asciende a un total de doscientos nueve.

Tabla V: Relación de los Centros Educativos Concertados participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Alcorcón-

Centros concertados		Nº de grupos	Nº de alumnos
Alcorcón	Alkor	3	75
	Amor de Dios	4	116
	La Inmaculada	3	97
	Juan XXIII	2	48
	Nuestra Señora de los Remedios	1	28
	Nuestra Señora de Rihondo I	2	65
	Santisima Trinidad	3	83
	Virgen del Remdio	2	69

En esta población el número de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de ocho.

En esta población el número de aulas de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de veinte.

En esta población el número del alumnado de aulas de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de quinientos ochenya y uno.

Tabla VI: Relación de los Centros Educativos Concertados participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Getafe.

Centro concertados		Nº de grupos	Nº de alumnos
Getafe	Los Ángeles	4	127
	Divana Pastora	2	80
	LA Inmaculada	6	184
	Jesus Nazareno	2	76
	San José	2	62

En esta población el número de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de cinco

En esta población el número de aulas de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de dieciséis.

En esta población el número del alumnado de aulas de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de quinientos veintinueve.

Tabla VII: Relación de los Centros Educativos Concertados participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Parla.

Centro concertados		Nº de grupos	Nº de alumnos
Parla	Torrente Ballester	2	65

En esta población el número de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de uno.

En esta población el número de aulas de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de dos.

En esta población el número del alumnado de aulas de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de sesenta y cinco.

Tabla VIII: Relación de los Centros Educativos Concertados participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de aulas y de alumnado, pertenecientes a la población de Pinto.

Centros concertados		Nº de grupos	Nº de alumnos
Pinto	Calasanz	1	28
	Nuestra Señora de la Providencia	2	65
	Sagrada Familia	2	61
	Santo Domingo de Silos	2	69

En esta población el número de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de cuatro.

En esta población el número de aulas de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de ocho.

En esta población el número del alumnado de aulas de los Centros Educativos Concertados o Colegios Concertados asciende a un total de doscientos veintitrés.

SPANISH MADRID ESFA POPULATION:

POBLACIÓN ESPAÑOLA DEL ESFA EN MADRID:

GRUPO EXPERIMENTAL

-EXPERIMENTAL GROUP : GETAFE

GRUPO CONTROL

-CONTROL GROUP : PARLA - PINTO - ALCORCÓN

ESCUELA PÚBLICAS

-PUBLIC SCHOOLS

A continuación se expone la tabla con la relación de la participación de la población madrileña participante en el Proyecto ESFA con los criterios que la acompañan.

Tabla IX: Relación total relativa a la población participante perteneciente a todos los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de colegios, de aulas y de alumnado.

CITY-CIUDAD	SCHOOLS-ESCUELAS	CLASSROOMS-CLASES	PUPILS-ALUMNADO
GETAFE	12	34	925
PARLA	6	33	924
PINTO	2	7	169
ALCORCÓN	11	32	814
Total	31	106	2.832

COLEGIOS CONCERTADOS

PRIVATE SCHOOLS

A continuación se expone la tabla con la relación de la participación de la población madrileña participante en el Proyecto ESFA con los criterios que la acompañan.

Tabla X: Relación total relativa a la población participante perteneciente a todos los Centros Educativos Concertados (Colegios Concertados), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, con indicación del número de colegios, de aulas y de alumnado.

CITY-CIUDAD	SCHOOLS-ESCUELAS	CLASSROOMS-AULAS	PUPIL-ALUMNADO
GETAFE	5	15	482
PARLA/PINTO	3	6	173
ALCORCÓN	6	11	316
Total	14	32	971

A continuación se expone la tabla con la relación de la participación de la población madrileña participante en el Proyecto ESFA con los criterios que la acompañan.

Tabla XI: Relación total relativa a la población participante distribuida según el tipo de Enseñanza del Centro Educativo (pública o concertada) de todos los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y de todos los Centros Educativos Concertados (Colegios Concertados), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, de la población designada como grupo experimental perteneciente a Getafe.

GETAFE PUBLIC POPULATION	925
GETAFE PRIVATE POPULATION	482
Total	1407

A continuación se expone la tabla con la relación de la participación de la población madrileña participante en el Proyecto ESFA con los criterios que la acompañan.

Tabla XII: Relación total relativa a la población participante distribuida según el tipo de Enseñanza del Centro Educativo (pública o concertada) de todos los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y de todos los Centros Educativos Concertados (Colegios Concertados), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, de la población designada como grupo control perteneciente a los municipios de Alcorcón, Parla y Pinto.

PARLA-PINTO PUBLIC POPULATION	1093
PARLA PINTO PRIVATE POPULATION	173
ALCORCÓN PRIVATE POPULATION	316
PARLA/ PINTO/ALCORCÓN PRIVATE POPULATION	489
Total	1582

A continuación se expone la tabla con la relación de la participación de la población madrileña participante en el Proyecto ESFA con los criterios que la acompañan.

Tabla XIII: Relación total relativa a toda la muestra de la población participante distribuida según el tipo de Enseñanza del Centro Educativo (pública o concertada) de todos los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y de todos los Centros Educativos Concertados (Colegios Concertados), participantes en el Proyecto ESFA-Madrid, a la población designada como grupo control perteneciente a los municipios de Alcorcón, Getafe, Parla y Pinto.

PUBLIC POPULATION :	2.832
PRIVATE POPULATION :	971
TOTAL :	3.803

2.2. Los participantes y la gestión del proyecto.

Seis estados de la Comunidad Europea (Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, España, Portugal y el Reino Unido) participaron en el proyecto. En España, tanto en Madrid como Barcelona participaron como poblaciones separadas. Cada población estaba representada por un co-contratista y presentó un/a National Programme Manager (NPM) o Director/a del Programa Nacional (DPN).

Un equipo de cinco personas en la Universidad de Maastricht coordinó el desarrollo del programa, la implementación y la evaluación (De Vries et al., 2003).

La Comisión Europea financió el 71% del presupuesto total y las organizaciones participantes de cada estado contribuyeron con el 29% (European Smoking prevention Framework Appoach ESFA o Enfoque del Marco Europeo para la Prevención del Tabaquismo, 2002).

En las reuniones anuales de consenso, todos/as los/as co-contratistas, los/as Directores/as del Programa Nacional y los miembros del personal central tomaron las decisiones para los acuerdos a cerca de los elementos básicos del enfoque del ESFA, tales como las metas y objetivos del programa común, el diseño de la investigación y el diseño de los instrumentos, las publicaciones y los asuntos de financiación y las estrategias (De Vries et al., 2003).

Dos reuniones de consenso se celebraron durante el primer año, seguidas de las reuniones anuales durante los siguientes cuatro años. Los/as directores/as nacionales del programa necesitamos más encuentros adicionales para preparar la planificación del programa (De Vries et al., 2003).

En consecuencia, dos congresos se celebraron anualmente con los Directores del Proyecto Nacional. Dos miembros del personal central (el gerente general del proyecto y la gerente de métodos) celebraron reuniones por teléfono e internet. El gerente general del proyecto y de la gerente de investigación visitaron los países participantes cada año para discutir los avances y problemas (De Vries et al., 2003).

2.3. Desarrollo del proyecto.

El proyecto ESFA hizo uso de una combinación de modelos de promoción de la salud. El modelo Precede (Green y Kreuter, 1991) y el modelo de la planificación ABC (De Vries, 1998), se utilizó para guiar el proceso de planificación. Además del modelo ASE, el desarrollo del programa se inspiró en las teorías de la comunicación persuasiva (McGuire, 1985; De Vries, 1998), Teoría Nivel Micro-Macro (Tones y Tillford, 2001) e Intervención Mapping (Bartolomé et al., 1998).

Durante el primer año, se prepararon las intervenciones para la micro, meso y macro (Tonos y Tillford, 2001). Estos niveles fueron adaptados a los cuatro niveles del grupo objetivo: el nivel del individuo, el nivel de la escuela o ámbito escolar, de los padres o ámbito familiar y el nivel de fuera de la escuela o ámbito comunitario (De Vries et al., 2003).

A lo largo del primer año de duración, la planificación del proyecto fue discutida con la National Advirsory Board (NAB) o los consejos asesores nacionales, durante las reuniones con el Director de Programa Nacional y las reuniones con los contratistas (De Vries et al., 2003).

El desarrollo del cuestionario se llevó a cabo en el trascurso del primer año y las regiones fueron seleccionadas para la participación en el proyecto ESFA (De Vries et al., 2003).

En la Comunidad Autónoma de Madrid España, la NPM (National Project Manager) o Directora de Proyecto Nacional, participó en la elaboración del cuestionario de medida ESFA, realizó la traducción y la adaptación al castellano para la población adolescente a la que estaba dirigido.

Para la consecución de esta finalidad, realizó personalmente un estudio piloto a fin de verificar in situ:

(1) el grado de comprensión y la adecuación del estilo de redacción del cuestionario,

(2) la estimación del tiempo de duración para la aplicación del cuestionario ESFA,

(3) el grado de seguridad necesario de los adolescentes para mantener la confidencialidad de los datos,

(4) la ventaja de incorporar una actividad recreativa al final del cuestionario para que el alumnado con mayor agilidad en la rapidez de respuesta empleara el tiempo sobrante mientras el resto de los/as compañeros/as finalizaban el cuestionario ESFA.

Para ello, con autorización del Equipo Directivo y en colaboración con el Orientador del Departamento de Orientación, se llevó a cabo la aplicación del cuestionario ESFA a todo el alumnado matriculado en primer curso de E.S.O del Colegio Concertado "Hogar de Nuestra Señora del Buen Consejo" perteneciente a la población de Pozuelo de Alarcón (Madrid).

En el transcurso del segundo año, las primeras intervenciones fueron preparadas e implementadas. Durante el primer año de intervención, se llevó a cabo un programa de prevención dentro del aula, sustentando los principios del enfoque de la influencia social y la introducción de un manual de políticas anti-tabaco o "libre de humo" en las escuelas (De Vries et al., 2003).

A lo largo del tercero, del cuarto y del quinto año, se implementaron los impulsores para la intervención en el nivel individual, en el programa de dentro del aula; se intensificó la implementación de las actividades del manual de la política anti-tabáquica en la escuela "sin humo", varias actividades para padres, además de realizarse las actividades para situaciones del ámbito comunitario, de fuera de la escuela y se llevó a cabo el análisis de datos (European Smoking prevention Framework Appoach ESFA o Enfoque del Marco europeo para la Prevención del Tabaquismo, 2002; De Vries et al., 2003a).

2.4. Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación utilizó los principios de la Community Intervention Trial (CIT) o del Proceso de Intervención Comunitaria (PIC), la comunidad base equivalente de la prueba del control aleatorio (Kremers et al., 1999).

Desde que las intervenciones fueron planificadas para implementarse a nivel de la comunidad, las comunidades (o regiones) fueron elegidas como la unidad de la asignación. A las regiones experimentales se les proporcionarían el programa ESFA, mientras que a las regiones de control se les proporcionaría la atención habitual. (De Vries et al., 2003)

Se nos pidió a los Directores de Programa Nacional que invitásemos a cuatro regiones a participar. La asignación aleatoria de las regiones para las condiciones de grupo experimental y de grupo control se preparó en la primavera de 1998 (De Vries et al., 2003).

Se invitó a las escuelas situadas en estas regiones a participar en el proyecto, lo que indica que tendrían un 50% de probabilidad de convertirse en una escuela experimental (De Vries et al., 2003).

Para cada país, los cálculos de potencia se realizaron con el programa de software Power (Lawrence Erlbaum Associates) con el fin de estimar el número de alumnos que se incluirían en cada una de las muestras nacionales. Los cálculos de análisis de confianza se basan en las tasas de incidencia de tabaquismo de los adolescentes de la edad de 15 años, la edad de la mayoría del alumnado en el momento de la tercera medida post-test (De Vries et al., 2003).

Sobre la base de experiencias anteriores, una tasa de abandono del 30% fue la hipótesis formulada para todos los países con excepción de Finlandia, donde se espera la tasa de un 20% de deserción. Los países participantes pueden dividirse en dos grupos: los países con una relativamente incidencia baja del consumo del tabaco en las últimas cuatro semanas en la edad de 15 años (29% o menos: Dinamarca, Finlandia y Portugal) y de los países con una mayor incidencia de tabaquismo (entre el 34,5 y el 41%: Holanda, España y el Reino Unido) (De Vries et al., 2003).

La aplicación de parámetros conservadores (nivel significancia de 0.001 y el de confianza de 0.95), y la hipótesis formulada de que las diferencias entre las probabilidades de éxito (P) en ambas condiciones de 10% (por ejemplo P = 0,29 en la condición de control y P = 0,19 en la condición experimental), los cálculos de confianza dan por resultado recomendado a tamaños de muestra de al menos 2 x 1200 alumnos de los países con una proporción relativamente baja de incidencia del tabaquismo y al menos 2 x 1500 alumnos de los países con una mayor incidencia (incluyendo la deserción esperada) (De Vries et al., 2003).

2.5. Asignación aleatoria.

En nuestra muestra de Madrid (España) hay una región experimental y tres regiones de control aleatorizadas.

En la Comunidad Autónoma de Madrid, tres meses antes del comienzo del proyecto, una de las regiones previstas era la Ciudad de Móstoles, que había dado su conformidad para la participación en el proyecto ESFA y que contaba con una población similar en número de alumnado de trece años escolarizado en la Ciudad de Getafe. La implantación de la LOGSE (Ley Orgánica General del Sistema Educativo), estaba anunciada para su generalización al comienzo de ese curso escolar.

La implantación de la LOGSE (Ley Orgánica General del Sistema Educativo) suponía un gran cambio organizativo respecto al cambio de la ubicación del alumnado de los dos últimos cursos de las escuelas de primaria a los Institutos de Educación Secundaria. El alumnado que por la Ley Educativa anterior estudiaba séptimo y octavo de la E.G. B. (Enseñanza General Básica) pasaba por la nueva ley a cursar primero y segundo de la E.S.O. (Educación Secundaria Obligatoria) y para ello tenían que cambiar de la escuela de Primaria a los Institutos de Secundaria, con la consecuente asignación del profesorado.

Por motivos organizativos imprevistos, en los últimos momentos en la Ciudad de Móstoles no se anticipó la generalización de la implantación de la LOGSE. Ello afectó realmente a la planificación del proyecto ESFA en Madrid.

Po esta razón se tuvieron que seleccionar otras regiones equivalentes en número de población estudiantil de las edades requeridas para el proyecto ESFA similar a la Ciudad de Getafe.

Para la condición de control tuvieron que ser reclutadas las poblaciones de Alcorcón, Parla y Pinto, que sí implantaban la LOGSE y que permitirían el seguimiento del alumnado a los largo de los siguientes cuatro años de duración del proyecto ESFA.

Con la re-planificación la población de la muestra en la Comunidad Autónoma de Madrid estaba compuesta por 49 clases en 17 escuelas en la condición experimental (Ciudad de Getafe) y 89 clases en 28 escuelas en la condición de control (Alcorcón, Parla y Pinto).

La muestra ESFA de Dinamarca tiene dos regiones rurales, la región experimental y una de control (46 clases en 30 escuelas de la condición experimental y 54 clases en 30 escuelas de la condición de control).

En Finlandia la muestra ESFA pertenece a 27 barrios / comunidades en Helsinki, cada uno contiene una escuela (13 escuelas en condición la experimental y 14 escuelas en la condición de control).

Tabla XIV: Resultados de aleatorización para las siete zonas ESFA en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas específicas participantes europeas.

	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	España Barcelona	España Madrid	Portugal	Reino Unido
Equivalencia de las regiones	SÍ	NO	EN PARTE	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Escuelas aproximadas idénticamente	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Asignación aleatoria de las regiones	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ	SÍ
Observaciones	DOS REGIONES RURALES	27 BARRIOS	5 ZONAS RURAL Y URBANA	DISTRITOS	CUATRO REGIONES	CUATRO DISTRITOS	DOS REGIONES

Los Países Bajos, hay cinco regiones que van desde el rango de las zonas rurales a las urbanas, todas contienen escuelas experimentales y de control; hay escuelas en parte emparejadas, en parte al azar (97 clases en 14 escuelas de la condición experimental y 61 clases en 19 escuelas de la condición de control).

En la muestra de Barcelona (España) hay un distrito experimental, escuelas de control aleatorizadas de un grupo de escuelas emparejadas del resto de Barcelona (46 clases en 16 escuelas en la condición experimental y 37 clases en 37 escuelas en la condición de control)

La muestra de Portugal tenía un distrito experimental y tres distritos de control (83 clases en 14 escuelas de la condición experimental y 75 clases en 11 escuelas de la condición de control).

Reino Unido la muestra estaba compuesta por dos regiones de la autoridad de salud, cada uno con una sola región experimental y una región de control (165 clases en 22 escuelas de la condición experimental y 166 clases en 21 escuelas en la condición de control).

La asignación aleatoria no se logró en España ni en Los Países Bajos (véase la Tabla I). En Dinamarca, Portugal y el Reino Unido, se logró la asignación aleatoria de regiones. En algunos países, la participación y organizaciones co-financiadoras tenían demandas que eran inconsistentes con el diseño original (De Vries et al., 2003).

En Finlandia, la organización participante demandaba que las escuelas participantes debían estar ubicadas exclusivamente en Helsinki, que posteriormente se convirtió en la comunidad de investigación. Aun así, se produjo la selección de escuelas al azar (De Vries et al., 2003).

En los Países Bajos, muchas escuelas hacían uso del programa nacional de prevención de drogas, que también cubrían la prevención del consumo del tabaco. En consecuencia, se asignaron las escuelas de acuerdo con sus preferencias de asignación: el programa nacional solo o el programa nacional con componentes ESFA (De Vries et al., 2003).

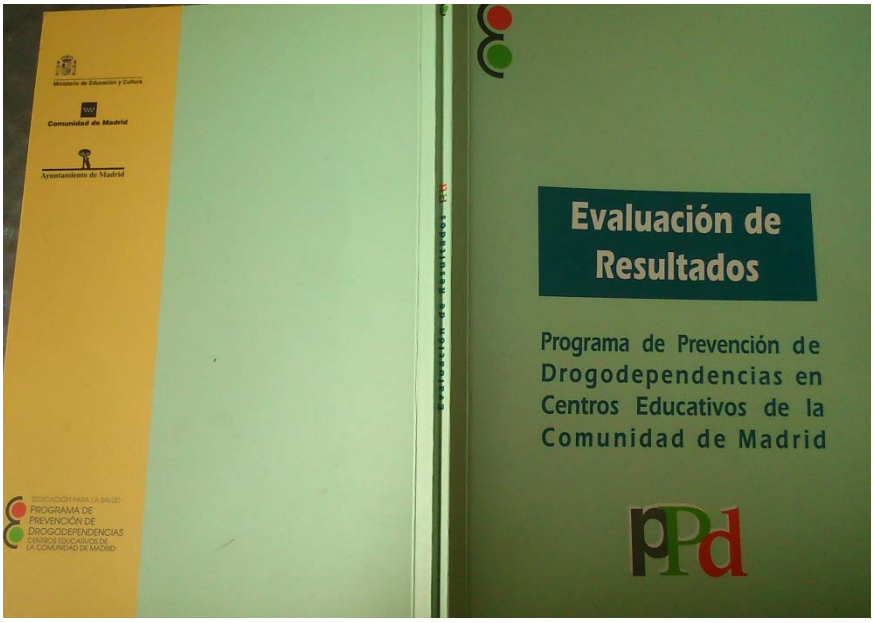
En Madrid, cambios repentinos en el sistema educativo en una de las regiones de control justo antes del inicio de la prueba de línea de base dio lugar a la deserción escolar. Otra región control se necesitaba para ser incluida. Problemas logísticos en Madrid como resultado en última instancia, en un retraso en la ejecución de los programas, lo que hace imposible para incluir sus datos en el estudio de eficacia global (De Vries et al., 2003).

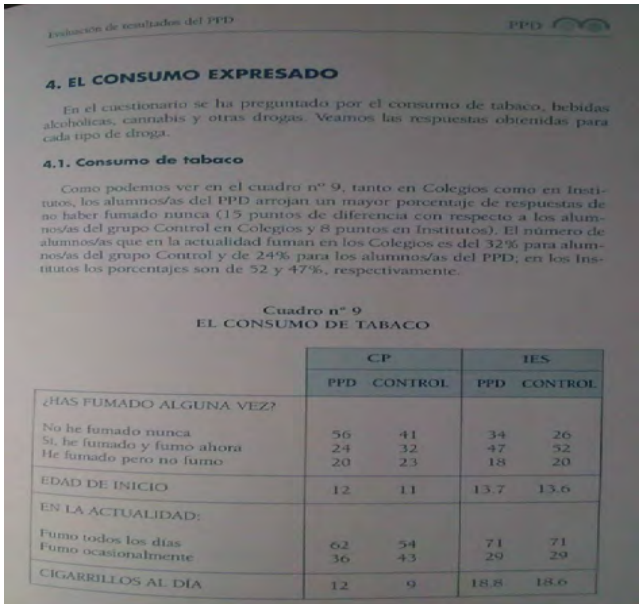
En Barcelona, la organización municipal participar tuvo que integrar el proyecto ESFA en un proyecto existente. En consecuencia, la condición de control para el proyecto ESFA iba a ser seleccionado de la condición de control del proyecto existente por medias de equivalencia (De Vries et al., 2003).

En Madrid existía previamente un Programa el P.P.D. (Programa de Prevención de Drogodependencias) en Centros Educativos de La Comunidad De Madrid.

Por ello se tuvo que tener en cuenta esta situación para la evitación de posibles contaminaciones.

El criterio que seguimos es que los Centros Educativos de la población experimental ESFA en la Ciudad de Getafe que participaran en el P.P.D., quedarían excluidos de la participación en el Proyecto.





Evaluación de resultados del PPD — PPD

4. EL CONSUMO EXPRESADO

En el cuestionario se ha preguntado por el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis y otras drogas. Veamos las respuestas obtenidas para cada tipo de droga.

4.1. Consumo de tabaco

Como podemos ver en el cuadro nº 9, tanto en Colegios como en Institutos, los alumnos/as del PPD arrojan un mayor porcentaje de respuestas de no haber fumado nunca (15 puntos de diferencia con respecto a los alumnos/as del grupo Control en Colegios y 8 puntos en Institutos). El número de alumnos/as que en la actualidad fuman en los Colegios es del 32% para alumnos/as del grupo Control y de 24% para los alumnos/as del PPD; en los Institutos los porcentajes son de 52 y 47%, respectivamente.

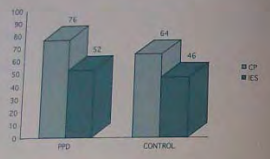
Cuadro nº 9
EL CONSUMO DE TABACO

	CP		IES	
	PPD	CONTROL	PPD	CONTROL
¿HAS FUMADO ALGUNA VEZ?				
No he fumado nunca	56	41	34	26
Sí, he fumado y fumo ahora	24	32	47	52
He fumado pero no fumo	20	23	18	20
EDAD DE INICIO	12	11	13.7	13.6
EN LA ACTUALIDAD:				
Fumo todos los días	62	54	71	71
Fumo ocasionalmente	36	43	29	29
CIGARRILLOS AL DÍA	12	9	18.8	18.6

Las diferencias se aprecian mejor gráficamente y, como puede verse, son todas en la dirección más positiva para el PPD puesto que indican un impacto positivo de este Programa de Prevención. Sin embargo, debe señalarse, siguiendo el argumento general del informe, que sólo es estadísticamente significativa la diferencia entre no fumadores de alumnos/as del PPD y no fumadores del grupo Control en los Colegios (12 puntos de diferencia o, como puede verse en el cuadro nº 9, 15 puntos de diferencia para los que nunca han fumado).

CONSUMO DE TABACO

No fumo (Nunca he fumado + lo he dejado)



El resto de las diferencias entre los dos grupos (alumnos/as del PPD y grupo de Control) son inferiores a 10 puntos y, por tanto, se pueden deber a errores aleatorios muestrales, no pudiendo rechazarse la hipótesis nula de no diferencias.

Las diferencias en la frecuencia de fumar y en la edad de inicio tampoco son estadísticamente significativas. Sí que lo son las diferencias en la cantidad de cigarrillos fumados.

Para los **Institutos** no existen diferencias entre los fumadores del PPD y los fumadores del grupo Control; si hay alguna diferencia es, claramente, no significativa estadísticamente hablando.

Según los datos parece que el PPD tiene más impacto sobre los no fumadores, y no tanto sobre los fumadores actuales sean de Colegio o de Instituto.

En el cuadro nº 10 se pregunta directamente sobre las razones personales para fumar. Cuando se pregunta directamente sobre las razones personales para fumar, la respuesta se polariza en "me gusta", "por vicio", "me tranquiliza", en cambio, cuando la pregunta se hace indirectamente (¿por qué fuma la gente?), las respuestas se centran en:

Influencia del entorno.
Por aparentar ser mayor.
Por probar.

Las diferencias existentes entre alumnos/as del PPD y los del grupo Control no siguen pautas claras.

Cuadro nº 10

CAUSAS DE FUMAR

	CP		IES	
	PPD	CONTROL	PPD	CONTROL
¿POR QUÉ FUMAS?				
Me gusta	46	21	47	40
Me tranquiliza	9	18	17	29
Por vicio	19	18	23	23
Para entretenerse	2	4	6	11
Porque quiero	4	14	4	-
Lo prefiero a otras drogas	4	4	-	-
¿POR QUÉ CREES QUE SE EMPIEZA A FUMAR?				
Por el entorno	59	48	45	38
Por probar	22	22	36	32
Por ser mayor	22	21	24	34
Por publicidad	1	1	-	-
Por quedar bien	1	8	4	9

Además, sólo hay algunas diferencias entre alumnos/as del PPD y del grupo Control que sean significativas:

1. En los **COLEGIOS** los alumnos/as del PPD fumadores aseguran, con una mayor frecuencia que los del grupo Control, que fuman porque les gusta (46% frente a 21%, o sea 25 puntos de diferencia).

2. En los **INSTITUTOS** los alumnos/as fumadores del grupo Control afirman, con una mayor frecuencia, que fuman porque eso les tranquiliza (29% del grupo Control frente a 17% en el grupo PPD con 12 puntos de diferencia).

3. Por último, en los **COLEGIOS** un 59% de los alumnos/as del PPD cree que se empieza a fumar por culpa del entorno, mientras que sólo opina así un 48% del grupo Control.

2.6. Las estrategias de la evaluación.

El modelo de evaluación ESFA, se basó en el modelo ASE para el cambio motivacional y conductual (De Vries y Mudde, 1998) y se utilizaron los principios de la cadena proximal - distal del modelo de las intervenciones (Green y Tones, 1999), y el trabajo anterior de otros (Steckler et al., 1992; Edmundson et al., 1994; Elder et al., 1994 Lytle et al., 1994).

La conducta de fumar se clasificó en nunca fumadores (cuando nunca se ha fumado un cigarrillo, ni siquiera una sola calada), decisores no fumadores (que han juzgado o experimentado con el tabaco, pero habían dejado experimentar con el tabaco), juzgadores (en la etapa inicial de probar el tabaco), los experimentadores (más experimentación con los cigarrillos, pero no fuma semanalmente), fumadores habituales (si fuman al menos una vez a la semana) y los que dejaron de fumar (dejar de fumar después de haber fumado al menos una vez por semana) (Kremers et al., 1999).

Las actitudes, las influencias sociales, la auto-eficacia y las diversas variables demográficas se evaluaron como determinantes cognitivos de la conducta de fumar; detalles adicionales del cuestionario se pueden encontrar en otros artículos (Kremers et al, 2001a, b;.. De Vries et al, 2003a). En consecuencia, tanto los cambios en el comportamiento del consumo del tabaco y las creencias relacionadas con el tabaquismo sirvieron como parámetros de resultado para el análisis de los efectos (De Vries et al., 2003).

Las evaluaciones de proceso, utilizando cuestionarios y registros, se basaron en principios identificados por anteriores estudios (Steckler et al., 1992; Goodman et al., 1992; De Vries et al., 1994; Dijkstra et al., 1999).

Los adolescentes completaron un cuestionario de línea de base y tres cuestionarios posteriores de seguimiento a intervalos de un año. Estos cuestionarios evaluaron creencias sobre el tabaco, variables de comportamiento y variables demográficas, así como las medidas de evaluación de proceso. A los adolescentes se les preguntó por sus percepciones de las intervenciones en cada nivel y su satisfacción con las intervenciones (De Vries et al., 2003).

Las personas de contacto y el profesorado de las escuelas (PCPE) responsables de la aplicación del programa ESFA o School Contact Person (SCP) se les preguntó por medio de cuestionarios o entrevistas con respecto a la conciencia, la preocupación, los beneficios percibidos, el nivel de uso, el nivel de éxito y la institucionalización de los elementos de la intervención del programa ESFA.

A profesorado y a las personas de contacto de la escuela se les pidió que llevaran un registro para evaluar la integridad y fidelidad de la implementación de los elementos de la intervención; cada país utilizó su propio formato. Los Directores de Programa Nacional de prevención y el personal del Proyecto ESFA también recopilaron información y se mantienen las actas de los congresos (De Vries et al., 2003).

2.7. Evaluación de Proceso en el proyecto ESFA-Madrid.

Durante el primer año de los cinco de duración del Proyecto ESFA, en todos los países participantes, uno de los objetivos prioritarios encomendados en la fase de preparación del inicio de la investigación para la gestión del proyecto, encomendados dentro de las funciones de los National Proyect Managers (NPM) o Directores de Proyecto Nacional, era la constitución de la mesa asesora del proyecto ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach) o Enfoque del Marco Europeo para la Prevención del Tabaquismo.

Se llevó a cabo la constitución de la ESFA Advisory Board (ESFA-AB) o Mesa Asesora del Proyecto ESFA-Madrid. Estaba formada por representantes de instituciones delos ámbitos nacional, regional y municipal.

En la Conferencia del Control del Tabaco celebrada en Gran Canaria en febrero de 1999, la Directora de Proyecto Nacional del ESFA-Madrid participó con la ponencia "Evaluación de la incidencia de estrategias colaborativas en el grado de participación". (Fresnillo, L. 1999).

A continuación se presenta el resumen, ya que ilustra la evaluación de proceso aplicada a los miembros de la Mesa Asesora de Proyecto ESFA-Madrid, que fue necesaria e importante para la consecución de uno de los retos en un proyecto de larga duración. A lo largo de los tres años de intervención se logró el cien por cien de mantenimiento de participación de los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y Colegios Concertados y Privados en el programa ESFA con asignación de grupo control y de grupo experimental.

Evaluación de la incidencia de estrategias colaborativas en el grado de participación.

Desde febrero de 1997 Madrid (España) participa junto con cinco países más miembros de la Unión Europea en el Proyecto European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA).

Para facilitar la creación y funcionamiento de la red de prevención del tabaquismo en jóvenes de la Comunidad Autónoma de Madrid, se requieren adaptaciones de la base teórica común europea a las diferencias culturales y estructurales propias de nuestro contexto específico.

La peculiaridad concreta de la región donde se desarrolla en Madrid el proyecto ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach), que combina investigación e intervención, ha requerido la colaboración interinstitucional en la fase de diseño y en la fase de desarrollo del Programa de Investigación-Intervención, ya que opera simultáneamente en tres niveles:

1. Nivel individual,
2. Nivel escolar y
3. Nivel comunitario.

Desde el enfoque teórico de la Investigación-Acción se considera relevante la evaluación de proceso. Por ello, dentro del marco teórico del Modelo Colaborativo, se analizan diferentes variables relevantes para el uso pragmático de las estrategias colaborativas utilizadas en la coordinación interinstitucional para evaluar su incidencia en el grado de participación activa. Método cualitativo y método cuantitativo para la evaluación de proceso versus resultado.

Se han evaluado las siguientes variables independientes para constatar su incidencia en el grado de participación de los diferentes estamentos implicados en el desarrollo del Programa de Investigación-Intervención de la población a la que se dirige el Proyecto ESFA:

1. Grado de implicación institucional en el proceso de toma de decisiones,
2. Número de actuaciones concretas ejecutadas,
3. Tiempo de dedicación de profesionales al proyecto,
4. Periodicidad de las reuniones de coordinación,
5. Número de conflictos detectados,
6. Número de conflictos resueltos,
7. Grado de autoeficacia,
8. Grado y tipo de expectativas,
9. Grado de motivación intrínseca y extrínseca,
10. Grado y tipo de atribución causal de logros,
11. Número de instituciones implicadas.

Los resultados obtenidos en la variable dependiente, definida como grado de participación activa apuntan a una proporción de un 90% estimada sobre la población a la que se dirige el Proyecto ESFA en Madrid. Las estrategias colaborativas evaluadas en el contexto de coordinación interinstitucional para el diseño y la puesta en marcha del Proyecto ESFA en Madrid inciden significativamente en el grado de participación activa.

2.8. La participación de las Instituciones Públicas competentes en el proyecto ESFA-Madrid.

Una de las funciones prioritarias encomendadas a los Directores de Proyecto Nacional ESFA para la implementación del programa era fomentar la participación de las instituciones con competencias en el ámbito de Educación para la Salud.

Para el logro de este objetivo en todos los países se logró la constitución de la ESFA Advisory Board (ESFA-AB) o Mesa Asesora del Proyecto ESFA.

En Madrid se denominó M.A.M.-ESFA. (Mesa Asesora Madrileña para el ESFA)

En las fases de investigación y desarrollo del Proyecto ESFA-Madrid, la M.A.M. mantuvo su constitución a lo largo de todos los años de duración del proyecto.

Los criterios para la constitución de la ESFA Advisory Board (ESFA-AB) o Mesa Asesora del Proyecto ESFA-Madrid, fueron:

Invitar a participar a todas las instituciones con competencias en salud para que estuviesen representadas al menos por un miembro en la Mesa Asesora del Proyecto ESFA-Madrid.

El tipo de instituciones por el ámbito territorial con competencia en Educación para la Salud en Madrid pertenecen a los ámbitos:

a) nacional,
b) regional y
c) municipal.

Las instituciones participantes en el Proyecto ESFA-Madrid con competencias en el ámbito **nacional** fueron:

1. El Ministerio de Educación y Cultura,
2. El Centro de Investigación y Documentación Educativa (C.I.D.E.).
3. El Ministerio del Interior, Plan Nacional de Drogas.
4. El Ministerio de Sanidad y Consumo,
5. La Subdirección de Epidemiología, promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública.

De izquierda a derecha: Dña. Mª Lourdes Fresnillo Poza (Directora de Proyecto Nacional), D. Andrés González Navarro (Responsable), Dr. Hein de Vries (Investigador Principal del Proyecto ESFA, Dña. Esmée Kolthof (Directora de Proyecto Europeo), D. Javier Hernández Pascual (Director General de Sanidad de la Consejería de Sanidad de La Comunidad Autónoma de Madrid).

Gracias a la colaboración interinstitucional se publicó "La Guía Didáctica para el profesorado de Primer Ciclo de ESO. Prevención del consumo de alcohol y tabaco"

Esta guía ha sido realizada en el Marco del Convenio entre los Ministerios del Interior, de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo.

La gestión de este convenio corresponde al Plan Nacional Sobre Drogas (Ministerio del Interior), al Centro de Investigación y Documentación Educativa (Ministerio de Educación y Cultura) y a la Subdirección de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud Pública (Ministerio de Sanidad y Consumo).

Las instituciones participantes en el Proyecto ESFA-Madrid con competencias en el ámbito **regional** fueron:

1. La Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Madrid,
2. La Dirección de Área Territorial (D.A.T.) de Madrid Sur.
3. El Servicio de Inspección Técnica Educativa (S.I.T.E.).
4. El Servicio de Unidades de Programas Educativos (S.U.P.E.) desde la Asesoría de Salud.
5. Los Centros de Profesores y Recursos (C.P.R.) de Alcorcón, Getafe, Parla y Pinto.
6. La Red de Orientadores/as de los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) y de los Colegios, que fueron nombrados y actuaron como SCP (School Contact Person) o Personas de Contacto de cada Centro Educativo.
7. La Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid, la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, el Servicio de Salud Pública del área diez, e INSALUD.
8. La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, la Oficina Regional de Coordinación Oncológica (O.R.C.O.).

Las instituciones participantes en el Proyecto ESFA-Madrid con competencias en el ámbito **municipal** fueron:

1. El Ayuntamiento de Getafe (Madrid).
2. El área de Salud y Educación del Excelentísimo Ayuntamiento de Getafe (Madrid). .

La Comunidad Europea, la Comisión Europea financió el 71%, del Proyecto ESFA (regulation (EC) Nº 2427/93).

2.9. Modelos de las cartas de presentación adjuntadas al cuestionario en el proyecto ESFA-Madrid.

Junto con el cuestionario ESFA cada alumno/a participante recibía una carta de presentación, en la que se les informaba de gran número de alumnado que participaba en el proyecto en otros países europeos, en la que se les agradecía su participación, y se incidía sobre la confidencialidad de los datos.

La NPM (Natinal Proyect Manager) o Directora de Proyecto Nacional del ESFA- Madrid, se encargaba de la traducción y adaptación al castellano del modelo de carta de presentación insertando el logotipo del proyecto y reseñando la financiación de la Comisión Europea.

Este procedimiento fue consensuado por todos los NPM (Natinal Proyect Manager) o Directores/as de Proyecto Nacional del ESFA con los correspondientes contratistas de cada país en los "Consensus meetings" o reuniones de consenso.

A continuación se presentan dos de los modelos de las cartas de presentación del cuestionario ESFA que recibían junto con el cuestionario antes de rellenarlo correspondientes a la primera y segunda medida del cuestionario.

Letter for new questionnaire (not adressed)

Hello,

Thank you that you are willing to fill in this questionnaire!

The purpose of this survey is to find out young people's views on smoking. More than 20,000 young people in Europe take part. Your answers will help us to get a better view on young people's ideas about smoking and some other issues.

Your answers are *completely confidential*. After you have finished all the questions, put the questionnaire in the envelope provided, and seal it. Write your name and the name of your school on the outside of the envelope. Your teacher will collect all the envelopes and seal them into a large envelope. *Only the research team in Holland will know who filled in which questionnaire*.

Letter for addressed questionniare

[first name] [last name]

[school/class]

[barcode number]

Hello [name],

Thank you that you are willing to fill in this questionnaire!

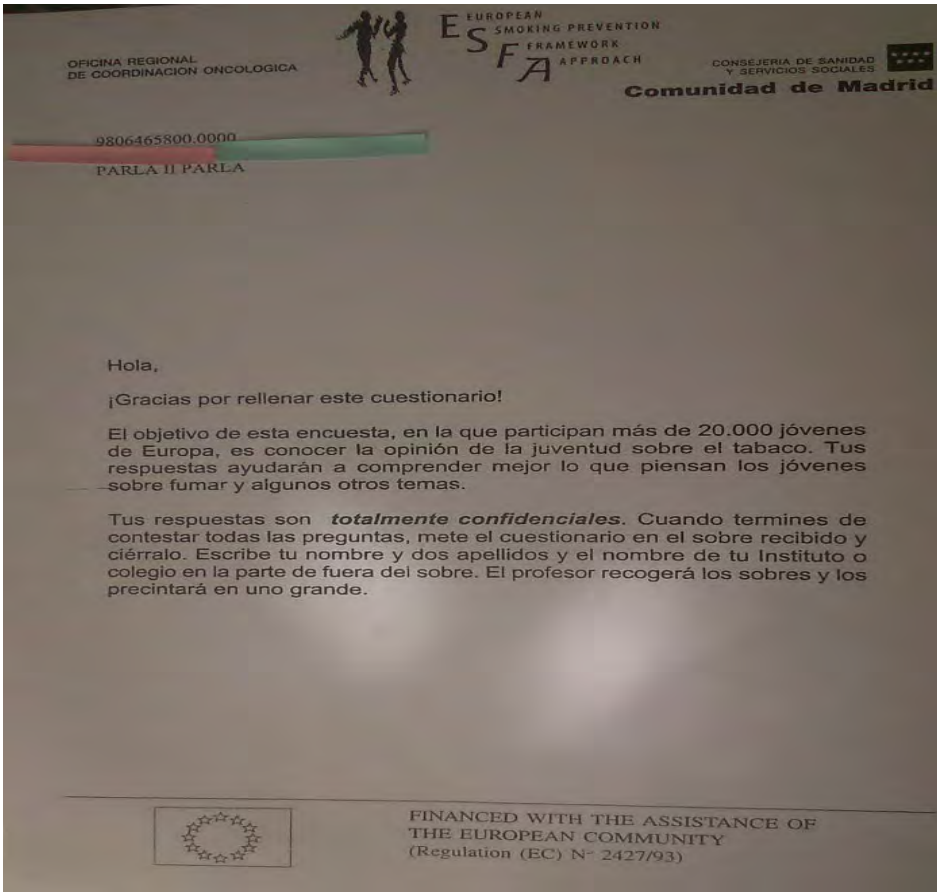
The purpose of this survey is to find out young people's views on smoking. More than 20,000 young people in Europe take part. Your answers will help us to get a better view on young people's ideas about smoking and some other issues.

You may remember that you filled in a questionnaire for this project last year. This NEW questionnaire has some new questions and old questions that you may recognise, but it is very important that you answer all the questions so we know what you think now.

Your answers are *completely confidential*. After you have finished all the questions, put the questionnaire in the same envelope as it is in now, and seal it.

LEAVE OUT THIS PAPER!

Then, nobody you know will find out what you have filled in. Your teacher will collect all the envelopes and seal them into a large envelope.



OFICINA REGIONAL
DE COORDINACION ONCOLOGICA

EUROPEAN SMOKING PREVENTION FRAMEWORK APPROACH

CONSEJERIA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES
Comunidad de Madrid

9806465800.0000
PARLA II PARLA

Hola,

¡Gracias por rellenar este cuestionario!

El objetivo de esta encuesta, en la que participan más de 20.000 jóvenes de Europa, es conocer la opinión de la juventud sobre el tabaco. Tus respuestas ayudarán a comprender mejor lo que piensan los jóvenes sobre fumar y algunos otros temas.

Tus respuestas son ***totalmente confidenciales***. Cuando termines de contestar todas las preguntas, mete el cuestionario en el sobre recibido y ciérralo. Escribe tu nombre y dos apellidos y el nombre de tu Instituto o colegio en la parte de fuera del sobre. El profesor recogerá los sobres y los precintará en uno grande.

FINANCED WITH THE ASSISTANCE OF
THE EUROPEAN COMMUNITY
(Regulation (EC) N° 2427/93)

OFICINA REGIONAL
DE COORDINACION ONCOLOGICA

EUROPEAN SMOKING PREVENTION FRAMEWORK APPROACH

CONSEJERIA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

9806176800.0000
A[redacted]R
"HUMANEJOS" PARLA

Hola,

¡Gracias por rellenar este cuestionario!

El objetivo de esta encuesta, en la que participan más de 20.000 jóvenes de Europa, es conocer la opinión de la juventud sobre el tabaco. Tus respuestas ayudarán a comprender mejor lo que piensan los jóvenes sobre fumar y algunos otros temas.

Recordarás que rellenaste un cuestionario para este proyecto el año paasado. Este NUEVO cuestionario tiene algunas preguntas nuevas y otras antiguas que reconocerás, pero es muy importante que contestes a **TODAS** las preguntas para saber lo que piensas ahora.

Tus respuestas son ***totalmente confidenciales***. Cuando termines de contestar todas las preguntas, mete el cuestionario en el sobre recibido y ciérralo.

QUITA LA PEGATINA CON TU NOMBRE ANTES DE ENTREGARLO.

Así, nadie que conozcas podrá saber que tú lo has rellenado. El profesor recogerá todos los sobres y los precintará en uno grande.

FINANCED WITH THE ASSISTANCE OF
THE EUROPEAN COMMUNITY
(Regulation (EC) Nº 2427/93)

2.10. Los instrumentos de medida en el proyecto ESFA-Madrid.

En este apartado ilustramos las fases de la elaboración los cuestionarios ESFA aplicados en las diferentes medidas.

4. Si tienes alguna duda pregunta al profesor.
5. Es muy importante que respondas a **todas** las preguntas

1 Primero, unas pocas preguntas sobre ti.

1 ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?
día: mes: año:
12 - 11 - 1985

2 ¿Eres chico o chica?
☒ chico
☐ chica

3 ¿Cómo se llama tu ~~Instituto~~ colegio?
Nombre del ~~Instituto~~ Colegio: Hogar Buen Consejo

4 El año pasado, ¿venías a este ~~Instituto~~ colegio también?
☒ si, al mismo colegio en otro curso
☐ sí, al mismo Instituto en el mismo curso
☐ no, a otro colegio

día: mes: año:
16 - 02 - 1986

¿Eres chico o chica?
☐ chico
☑ chica

¿Cómo se llama tu Instituto?
Nombre del Instituto: Colegio Hogar Ntra. Sra. del Buen Consejo

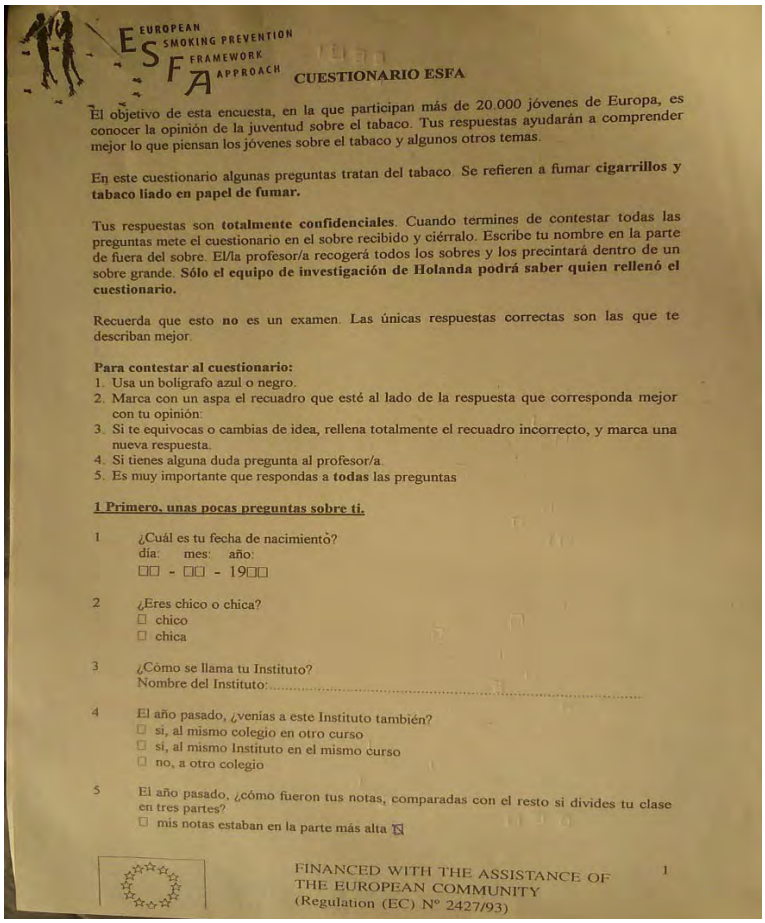
El año pasado, ¿venías a este Instituto también?
☒ si, al mismo colegio en otro curso
☐ sí, al mismo Instituto en el mismo curso
☐ no, a otro colegio

¿Cómo se llama tu Instituto?
Nombre del Instituto: no soy del intituto

El año pasado, ¿venías a este Instituto también?
☐ si, al mismo colegio en otro curso
☐ sí, al mismo Instituto en el mismo curso
☒ no, a otro colegio

Las tres figuras anteriores son documentos conservados del pre-pilotaje realizado en Madrid. Son una evidencia de la funcionalidad de estas pruebas, para poder comprobar in sito, la importancia de la adaptación lingüística a la población para la que se elabora el cuestionario.

Gracias a este estudio preliminar se corrigió la primera versión, incluyendo tanto el nombre de denominación de la escuela como IES como colegio en aras a evitar confusiones como las evidenciadas en las imágenes anteriores.



EUROPEAN SMOKING PREVENTION FRAMEWORK APPROACH

CUESTIONARIO ESFA

El objetivo de esta encuesta, en la que participan más de 20.000 jóvenes de Europa, es conocer la opinión de la juventud sobre el tabaco. Tus respuestas ayudarán a comprender mejor lo que piensan los jóvenes sobre el tabaco y algunos otros temas.

En este cuestionario algunas preguntas tratan del tabaco. Se refieren a fumar **cigarrillos y tabaco liado en papel de fumar.**

Tus respuestas son **totalmente confidenciales**. Cuando termines de contestar todas las preguntas mete el cuestionario en el sobre recibido y ciérralo. Escribe tu nombre en la parte de fuera del sobre. El/la profesor/a recogerá todos los sobres y los precintará dentro de un sobre grande. **Sólo el equipo de investigación de Holanda podrá saber quien rellenó el cuestionario.**

Recuerda que esto **no** es un examen. Las únicas respuestas correctas son las que te describan mejor.

Para contestar al cuestionario:
1. Usa un bolígrafo azul o negro.
2. Marca con un aspa el recuadro que esté al lado de la respuesta que corresponda mejor con tu opinión:
3. Si te equivocas o cambias de idea, rellena totalmente el recuadro incorrecto, y marca una nueva respuesta.
4. Si tienes alguna duda pregunta al profesor/a.
5. Es muy importante que respondas a **todas** las preguntas

1 Primero, unas pocas preguntas sobre ti.

1 ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?
día: mes: año:
□□ - □□ - 19□□

2 ¿Eres chico o chica?
□ chico
□ chica

3 ¿Cómo se llama tu Instituto?
Nombre del Instituto:.....

4 El año pasado, ¿venías a este Instituto también?
□ sí, al mismo colegio en otro curso
□ sí, al mismo Instituto en el mismo curso
□ no, a otro colegio

5 El año pasado, ¿cómo fueron tus notas, comparadas con el resto si divides tu clase en tres partes?
□ mis notas estaban en la parte más alta ☒

FINANCED WITH THE ASSISTANCE OF THE EUROPEAN COMMUNITY (Regulation (EC) Nº 2427/93)

1

- ☐ mis notas estaban en la parte media
- ☐ mis notas estaban en la parte más baja

6 ¿Quiénes viven contigo en tu casa? (Marca las respuestas que apliquen a tu caso)
- ☐ mi madre
- ☐ mi padre
- ☐ otra cuidadora o tutora(ej. madrastra, abuela)
- ☐ otro cuidador o tutor(ej. padrastro, abuelo)
- ☐ una o más hermanas(o hermanastras)
- ☐ uno o más hermanos(o hermanastros)
- ☐ otros miembros de la familia(ej. tío, abuelos)
- ☐ otros: (por favor especifica).....

2 Si fumase(o si fumo)/Si fumara (o hubiese fumado)

Las preguntas siguientes empiezan con "si fumara (o si fumo)". Si no fumas, imagínate como crees que el fumar te afectaría si lo hicieras. Pedimos que respondas las preguntas según lo que **tú** piensas ahora sobre fumar, y no como si fueras un/a fumador/a real. Lo que cuenta son tus opiniones.
Si fumas, por favor, contesta las preguntas sinceramente.

1 Si yo fumara(o si fumo) pensaría que es:
- ☐ muy deseable
- ☐ deseable
- ☐ casi deseable
- ☐ ni deseable ni indeseable
- ☐ casi indeseable
- ☐ indeseable
- ☐ muy indeseable
- ☐ no lo sé

2 Si fumara(o si fumo) pensaría que es:
- ☐ muy agradable
- ☐ agradable
- ☐ poco agradable
- ☐ ni agradable/ni desagradable
- ☐ poco desagradable
- ☐ desagradable
- ☐ muy desagradable
- ☐ no lo sé

3 Si fumara (o si fumo):
- ☐ me ayudaría mucho a calmar los nervios
- ☐ me ayuda a calmar los nervios
- ☐ me ayudaría un poco a calmar los nervios
- ☐ no me ayudaría a calmar los nervios
- ☐ no lo sé

2

4 Si fumara (o si fumo) sería:
- ☐ muy malo para la salud
- ☐ malo para la salud
- ☐ un poco malo para la salud
- ☐ no es malo para la salud
- ☐ no lo sé

5 Si fumara (o si fumo):
- ☐ me haría adelgazar mucho
- ☐ me haría adelgazar
- ☐ me haría adelgazar un poco
- ☐ no me haría adelgazar
- ☐ no lo sé

6 Si fumara (o si fumo) opinaría que es: Falta: 1
- ☐ una gran estupidez por mi parte
- ☐ una estupidez por mi parte
- ☐ una pequeña estupidez por mi parte
- ☐ no es ninguna estupidez por mi parte
- ☐ no lo sé

7 Si fumara(o si fumo) me sentiría:
- ☐ muy relajado/a
- ☐ relajado/a
- ☐ un poco relajado/a
- ☐ ni relajado/a ni nervioso/a
- ☐ un poco nervioso/a
- ☐ nervioso/a
- ☐ muy nervioso/a
- ☐ no lo sé

8 Si fumara (o si fumo):
- ☐ parecería **mucho más** seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ parecería **más** seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ parecería **un poco** seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ no parecería **ni más** seguro **ni menos** seguro ante los/as compañeros/as
- ☐ parecería **un poco menos** seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ parecería **menos** seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ parecería **mucho menos** seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ no lo sé

9 Si fumara (o si fumo) pensaría que hago una cosa que está:
- ☐ muy mal
- ☐ mal
- ☐ un poco mal
- ☐ ni mal ni bien

3

- ☐ un poco bien
- ☐ bien
- ☐ muy bien
- ☐ no lo sé

10 Si me pusiera enfermo/a por fumar:
- ☐ me arrepentiría muchísimo de haber empezado a fumar
- ☐ me arrepentiría de haber empezado a fumar
- ☐ me arrepentiría un poco de haber empezado a fumar
- ☐ no me arrepentiría de haber empezado a fumar
- ☐ no lo sé

11 Si fumara (o si fumo):
- ☐ opinaría que tiene un sabor realmente horrible
- ☐ opinaría que tiene un sabor horrible
- ☐ opinaría que tiene un sabor un poco horrible
- ☐ opinaría que su sabor no es ni horrible ni agradable
- ☐ opinaría que tiene un sabor un poco agradable
- ☐ opinaría que tiene un sabor agradable
- ☐ opinaría que tiene un sabor realmente agradable

12 Si fumara (o si fumo) mis amigos/as me prestarían:
- ☐ mucha más atención
- ☐ más atención
- ☐ algo más de atención
- ☐ ni más ni menos atención
- ☐ algo menos de atención
- ☐ menos atención
- ☐ mucha menos atención
- ☐ no lo sé

13 Si fumara (o si fumo) vería esto como:
- ☐ muy insociable
- ☐ insociable
- ☐ un poco insociable
- ☐ ni insociable ni sociable
- ☐ poco sociable
- ☐ sociable
- ☐ muy sociable
- ☐ no lo sé

14 Si fumara (o si fumo):
- ☐ sería mucho más fácil pertenecer a un grupo
- ☐ sería más fácil pertenecer a un grupo
- ☐ sería un poco más fácil pertenecer a un grupo
- ☐ no sería ni más fácil ni más difícil pertenecer a un grupo
- ☐ sería un poco más difícil pertenecer a un grupo

4

- ☐ sería más difícil pertenecer a un grupo
- ☐ sería mucho más difícil pertenecer a un grupo
- ☐ no lo sé

Ahora, puedes dejar de imaginar lo que pasaría si fumaras

3 Las demás personas tienen también una opinión sobre el tabaco. ¿Qué esperarían que tú hicieras?

		seguro que debería fumar	debería fumar	quizás debería fumar	no lo sé	quizás no debería fumar	no debería fumar	seguro que no debería fumar	no tengo o no viven en casa
1	mucha gente que me importa piensa que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	mi madre(o tutora) piensa que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	mi padre (o tutor) piensa que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	mi/s hermano/s	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	mi/s hermana/s	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	mis amigos creen que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	mi mejor amigo/a cree que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	la gente de mi curso cree que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	mis profesores piensan que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4 En las siguientes preguntas queremos saber quienes de las personas mencionadas fuman.

		Sí	no	no lo sé	no tengo o no vive en mi casa
1	¿Fuma tu madre (o tutora)?	☐	☐	☐	☐
2	¿Fuma tu padre(o tutor)?	☐	☐	☐	☐
3	¿Fuma uno o más de tu/s hermano/s?	☐	☐	☐	☐
4	¿Fuma una o más de tu/s hermana/s?	☐	☐	☐	☐
5	¿Fuma tu mejor amigo/a?	☐	☐	☐	☐

5 En las siguientes preguntas queremos saber cuantas personas que tú conoces fuman?

5

	(casi) todos/as	más de la mitad	la mitad	menos de la mitad	(casi) nadie	no lo sé
1 ¿Cuántas personas que tú conoces fuman?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 ¿Cuántos/as de tus amigos/as fuman?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 ¿Cuántos/as de los/as de tu curso fuman?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 ¿Cuántos/as de tus profesores/as fuman?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5 ¿Qué tanto por ciento de los habitantes de España(de 15 años para arriba) crees que fuman?

- ☐ 0-20%
- ☐ 20-40%
- ☐ 40-60%
- ☐ 60-80%
- ☐ 80-100%

6 Presión para fumar.

Con presión queremos decir, que tú crees que otras personas quieren que tú fumes.
Por ejemplo, estás pasando el rato con unos/as cuantos/as amigos/as y alguien tiene un paquete de cigarrillos. No te atreves a rechazar un cigarrillo porque te temes que no pertenecerás al grupo si te resistes.

Otro ejemplo, alguien te ofrece un cigarrillo y tú no lo quieres y lo dices claramente, pero siguen insistiendo.

	Muy a menudo	a menudo	algunas veces	pocas veces	nunca
1 ¿Has notado que otros/as te presionan para fumar?	☐	☐	☐	☐	☐
2 ¿Te has dado cuenta que la publicidad del tabaco te presiona para fumar?	☐	☐	☐	☐	☐

¿Has notado presión para fumar de:	muy a menudo	a menudo	algunas veces	pocas veces	nunca	no tengo o no vive en mi casa
3 tu madre(tutora)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 tu padre(tutor)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 tu/s hermano/s?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 tu/s hermana/s?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 tus amigos/as?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 tu mejor amigo/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 gente de tu curso?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 profesores/as?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7 **¿Crees que puedes no fumar?**

		seguro que puedo	puedo	quizás pueda	no lo sé	quizás no pueda	no puedo	seguro que no puedo
1	cuando estoy con otros/as que fuman ¿puedo no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	cuando estoy con amigos/as que fuman ¿puedo no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	cuando me ofrecen un cigarrillo ¿puedo no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	cuando tus amigos/as te ofrecen un cigarrillo ¿puedo no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	cuando estoy preocupado/a ¿puedo no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	cuando me siento hundido/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	cuando me noto nervioso/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	cuando estoy preocupado/a	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	cuando estoy de paseo con amigos/as	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	cuando veo la TV	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	cuando estoy haciendo los deberes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	cuando vuelvo a casa del Instituto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8 El futuro

	seguro	proba-blemente	posible mente	no lo sé	posible mente no	proba-blemente no	seguro que no
1 ¿tienes intención de fumar en el futuro?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 ¿tu mejor amigo/a tiene intención de fumar en el futuro?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 ¿tienes intención de fumar el próximo año?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9 ¿Fumas?

1 Marca tantas respuestas como necesites:
Cuando acabe meteré el cuestionario en el sobre y lo cerraré.
Esto significa:

- ☐ que nadie que yo conozca podrá averiguar que yo podría haber fumado
- ☐ que solamente el equipo de investigación de Holanda sabrá lo que he rellenado
- ☐ que no tiene ninguna consecuencia si contesto que sí he fumado

☐ que todo lo que conteste se mantendrá en absoluto secreto

¡Las 4 respuestas anteriores son completamente ciertas! Por lo tanto puedes contestar las siguientes preguntas con toda sinceridad!

2 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones está más cerca de tu caso?(elige solo una respuesta)
- ☐ fumo al menos una vez al día
- ☐ no fumo todos los días, pero sí al menos una vez a la semana
- ☐ no fumo todas las semanas, pero sí al menos una vez al mes
- ☐ fumo menos de una vez al mes
- ☐ estoy empezando a fumar de vez en cuando
- ☐ he dejado de fumar después de haber fumado al menos una vez por semana
- ☐ he dejado de fumar, he fumado siempre menos de una vez a la semana
- ☐ he intentado fumar de vez en cuando, pero no he vuelto a fumar
- ☐ nunca he fumado un cigarrillo, ni siquiera una calada

3 ¿Cuántos años tenías cuando probaste un cigarrillo?
- ☐ menos de 8 años
- ☐ 8 años
- ☐ 9 años
- ☐ 10 años
- ☐ 11 años
- ☐ 12 años
- ☐ 13 años
- ☐ 14 años
- ☐ 15 años o más
- ☐ nunca he empezado a fumar

4 ¿Cuál de las siguientes frases se refiere más a ti?
- ☐ estoy seguro/a de que nunca empezaré a fumar
- ☐ creo que nunca empezaré a fumar
- ☐ creo que empezaré a fumar dentro de algún tiempo
- ☐ creo que empezaré a fumar en los próximos cinco años
- ☐ creo que empezaré a fumar el próximo año
- ☐ creo que empezaré a fumar en los próximos seis meses
- ☐ creo que empezaré a fumar el próximo mes
- ☐ ya fumo

5 ¿Has fumado durante las últimas 24 horas(incluso si sólo ha sido una calada)?
- ☐ sí
- ☐ no

6 ¿Has fumado durante los últimos 7 días(incluso si sólo ha sido una calada)?
- ☐ sí
- ☐ no

7 ¿Has fumado durante el último mes(incluso si sólo ha sido una calada)?
- ☐ sí
- ☐ no

8 Por término medio, ¿cuántos cigarrillos fumas por semana? (incluye fin de semana)

☐ 0	☐ 5	☐ 11-20
☐ entre 0 y 1	☐ 6	☐ 21-30
☐ 1	☐ 7	☐ 31-40
☐ 2	☐ 8	☐ 41-50
☐ 3	☐ 9	☐ 51-60
☐ 4	☐ 10	☐ más de 60

9 Por término medio, cuántos cigarrillos fumas durante el fin de semana? (entre el viernes a las 6 de la tarde y el domingo hasta media noche)

☐ 0	☐ 5	☐ 11-20
☐ entre 0 y 1	☐ 6	☐ 21-30
☐ 1	☐ 7	☐ 31-40
☐ 2	☐ 8	☐ 41-50
☐ 3	☐ 9	☐ 51-60
☐ 4	☐ 10	☐ más de 60

10 Si contaras todos los cigarrillos que has fumado durante toda tu vida, ¿cuántos has fumado?

☐ 0	☐ 25-49
☐ entre 0 y 1	☐ 50-99
☐ 1-4	☐ 100-149
☐ 5-24	☐ 150-199
	☐ 200 o más

11 ¿Has intentado fumar menos o dejar de fumar? (señala sólo una respuesta)
- ☐ nunca he fumado
- ☐ he dejado de fumar
- ☐ he fumado menos
- ☐ sí he intentado ambos (fumar menos y dejarlo)
- ☐ sí, intenté dejarlo
- ☐ sí, intenté fumar menos
- ☐ no, nunca intenté fumar menos ni dejarlo

12 ¿Piensas dejarlo? (marca sólo una respuesta)
- ☐ no fumo
- ☐ quiero dejarlo en el próximo mes
- ☐ quiero dejarlo en los próximos 6 meses
- ☐ quiero dejarlo en el próximo año
- ☐ quiero dejarlo en los próximos 5 años
- ☐ quiero dejarlo alguna vez, pero no en los próximos 5 años
- ☐ no, no quiero dejarlo

10 Algunas preguntas sobre tu Instituto y tu casa .

		sí, en cualquiera	sí, en algunos	no	no lo sé
1	¿Se puede fumar en la biblioteca o salas de estudio?	☐	☐	☐	☐
2	¿Se puede fumar en la cafetería o en el comedor?	☐	☐	☐	☐
3	¿Se puede fumar en el hall de entrada, pasillos/escaleras del Instituto?	☐	☐	☐	☐
4	¿Se puede fumar fuera en el patio de tu Instituto?	☐	☐	☐	☐

		Sí, en todas	sí, en algunas	no	no lo sé
5	¿Se puede fumar en las clases?	☐	☐	☐	☐

		sí	no	no lo sé
6	¿Se puede fumar en los servicios de tu Instituto?	☐	☐	☐
7	¿Puedes comprar cigarrillos en tu Instituto?	☐	☐	☐
8	¿Puedes comprar cigarrillos cerca de tu Instituto(una o dos calles alrededor)?	☐	☐	☐

9 ¿Puedes fumar en tu casa, si tu quieres?
- ☐ sí
- ☐ no
- ☐ no lo sé

10 ¿En cuál de estos sitios de tu casa te dejan fumar? (Marca todos los sitios donde puedes fumar)
- ☐ tu habitación
- ☐ el cuarto de estar
- ☐ la cocina
- ☐ cuarto de baño, servicio
- ☐ hall de entrada, pasillos, escaleras, etc.
- ☐ fuera(jardín, garaje, terraza)
- ☐ en ninguna parte

11 Si fumo (o fumara) y mis padres se enteran:
- ☐ mis padres se enfadan conmigo mucho
- ☐ mis padres se enfadan conmigo
- ☐ mis padres se enfadan conmigo un poco
- ☐ mis padres no se enfadan conmigo
- ☐ no lo sé

10

12 S fumo (o fumara) y mis padres se enteran:
- ☐ me pondrán un gran castigo
- ☐ me pondrán un castigo
- ☐ me pondrán un pequeño castigo
- ☐ no me castigarán
- ☐ no lo sé

13 ¿Te han prometido tus padres algo por no empezar (no haber empezado) a fumar?
- ☐ Sí, un gran premio
- ☐ sí, un premio
- ☐ sí, un pequeño premio
- ☐ no
- ☐ no lo sé

14 Prefiero estar junto con personas no fumadoras:
- ☐ muy de acuerdo
- ☐ de acuerdo
- ☐ algo de acuerdo
- ☐ ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ algo en desacuerdo
- ☐ en desacuerdo
- ☐ muy en desacuerdo
- ☐ no lo sé

15 En el colegio, durante el año pasado, has tenido alguna clase, te han puesto alguna película o vídeo, o se ha discutido en clase sobre los siguientes temas? (marca tantas respuestas como necesites)
- ☐ higiene de los dientes
- ☐ ejercicio físico o deportes
- ☐ como tomar el sol sin sufrir quemaduras
- ☐ la dieta sana
- ☐ tabaco
- ☐ alcohol
- ☐ educación sexual
- ☐ SIDA
- ☐ drogas

16 El año pasado en de colegio, ¿has tratado alguna vez el tema del tabaco?
- ☐ no
- ☐ sí, una o dos veces
- ☐ sí, de tres a cinco veces
- ☐ sí, más de cinco veces
- ☐ no lo sé

17 ¿Cuáles de estos temas se trataron el año pasado? (marca tantas como necesites)
- ☐ los riesgos de fumar para la salud

11

- ☐ el precio del tabaco
- ☐ llegar al acuerdo de no fumar
- ☐ cómo decir no cuando alguien te ofrece un cigarrillo
- ☐ la imagen que dan los/as que fuman
- ☐ cuánta gente fuma
- ☐ como te presionan otros/as para fumar
- ☐ la publicidad del tabaco
- ☐ cómo se funciona en grupo
- ☐ no he tratado ningún tema sobre el tabaco

18 El año pasado hablasteis en tu casa del tabaco?
- ☐ si, una vez
- ☐ si, de vez en cuando
- ☐ si, bastante a menudo
- ☐ si, a menudo
- ☐ si, hablamos, pero no el año pasado
- ☐ no, nunca

19 ¿De qué hablasteis en casa? (marca tantas como necesites)
- ☐ los riesgos de fumar para la salud
- ☐ los riesgos para la salud por aspirar el humo que echan los/as fumadores/as
- ☐ llegar a un acuerdo para no fumar
- ☐ si te dejan o no fumar
- ☐ los sitios donde puedes o no puedes fumar
- ☐ el precio de los cigarrillos
- ☐ te explican los deberes del tabaco que te mandan en el Instituto
- ☐ tus amigos/as que fuman
- ☐ si otros/as te ofrecen tabaco
- ☐ no se ha hablado de fumar en tu casa

20 ¿Tienes dinero para gastar en lo que quieras? (marca tantas como necesites)
- ☐ si, la paga que me dan mis padres para mis gastos
- ☐ si, dinero extra de mis padres para comprarme ropa(dinero para ropa)
- ☐ si, lo que gano por trabajar algunas horas cuando salgo de clase
- ☐ si, otro:.....
- ☐ no

21 ¿Cuánto dinero puedes gastar como a ti te parezca, la mayoría de las semanas (no incluido el dinero para ropa)
- ☐ nada
- ☐ menos de 300
- ☐ entre 300 y 500
- ☐ entre 500 y8600
- ☐ entre 800 y 1000
- ☐ entre 1000 y 2000
- ☐ entre2000 y 3000
- ☐ más de 3000

12

22 ¿Tienen trabajo pagado tu padre(o tutor) y tu madre (o tutora)? (Contesta separadamente para cada uno de los dos)

	Padre o tutor	Madre o tutora
sí, trabaja 5 días o más días a la semana	☐	☐
sí, trabaja menos de 5 días a la semana	☐	☐
no. es ama/o de casa	☐	☐
no. está en paro	☐	☐
no, está enfermo o discapacitado	☐	☐
no, está jubilado	☐	☐
no tengo	☐	☐

23 ¿De qué país es tu familia?
- ☐ España
- ☐ Marruecos
- ☐ Santo Domingo
- ☐ Colombia
- ☐ Ecuador
- ☐ otro país, por favor, escribe cual es:
- ☐ son de dos diferentes, por favor escribe cuales son:.....

24 ¿Estás educado en alguna religión?
- ☐ Sí, católica
- ☐ si, protestante
- ☐ si, musulmana
- ☐ sí, testigo de Jehová
- ☐ sí, otra:
- ☐ no

11 Preguntas sobre tu estilo de vida

1 Si piensas en los fines de semana(desde la tarde del viernes a la del domingo) y en los días de diario del mes pasado, ¿cuántos vasos de bebida con alcohol bebiste durante el mes pasado?

	Por término medio, fines de semana	por término medio, días de diario
bebidas sin alcohol	☐	☐
1 ó 2 vasos de bebidas con alcohol	☐	☐
de 3 a 5 vasos de bebidas con alcohol	☐	☐
de 6 a 10 vasos de bebidas con alcohol	☐	☐
de 10 a 20 vasos de bebidas con alcohol	☐	☐
de 20 a 30 vasos de bebidas con alcohol	☐	☐
de 30 a 40 vasos de bebida con alcohol	☐	☐

13

más de 40 vasos de bebidas con alcohol ☐ ☐

¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que haces? (marca sólo una respuesta por frase)

		al menos una vez a la semana	no semanalmente pero al menos una vez al mes	menos de una vez al mes	lo he hecho alguna vez	nunca
2	tomo bebidas con alcohol	☐	☐	☐	☐	☐
3	me juego dinero	☐	☐	☐	☐	☐
4	tomo marihuana o hachís	☐	☐	☐	☐	☐
5	esnifo por la nariz sustancias para "colocarme"	☐	☐	☐	☐	☐
6	tomo heroina, anfetaminas, crack, cocaina, o LSD	☐	☐	☐	☐	☐
7	Tomo pastillas para dormir o tranquilizantes	☐	☐	☐	☐	☐
8	tomo éxtasis	☐	☐	☐	☐	☐
9	me peleo con otros	☐	☐	☐	☐	☐
10	destrozo cosas	☐	☐	☐	☐	☐
11	robo cosas	☐	☐	☐	☐	☐

¿Sabes si fuman tus amigos/as? No les preguntes ahora en clase, contesta lo que creas.
Nadie se enterará de lo que has rellenado aquí

		nombre	primera letra del apellido	¿está en tu curso en tu Instituto?	¿fuma?	Si fuma ¿cuántos cigarrillos por semana?
12	mi pareja	..... ☐ no tengo	.....	☐ si ☐ no	☐ si ☐ no ☐ no sé	☐
13	mi mejor amigo/a	..... ☐ no tengo	.....	☐	☐ si ☐ no ☐ no sé	☐
14	mi segundo/a mejor amigo/a	..... ☐ no tengo	.....	☐	☐ si ☐ no ☐ no sé	☐
15	mi tercer/a mejor amigo/a	..... ☐ no tengo	.....	☐	☐ si ☐ no ☐ no sé	☐
16	mi cuarto/a mejor amigo/a	..... ☐ no tengo	.....	☐	☐ si ☐ no ☐ no sé	☐
17	mi quinto/a mejor amigo/a	..... ☐ no tengo	.....	☐	☐ si ☐ no ☐ no sé	☐

14

Por favor, marca con qué frecuencia vas a los siguientes sitios (responde para cada lugar)

		una vez por semana o más	al menos una vez cada dos semanas	al menos una vez al mes	menos de una vez al mes	casi nunca	nun-ca
18	club deportivo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19	scouts	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20	club de jóvenes en el Instituto	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21	grupos de jóvenes en la parroquia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22	otros grupos de jóvenes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23	biblioteca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24	cybercafé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25	bar o pub	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26	fiestas en casa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27	discoteca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28	restaurante o cafeterías	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29	cine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30	piscina	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31	tiendas (con los amigos/as)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32	calle(con los amigos)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

33 ¿En qué tres lugares pasas la mayor parte del tiempo libre? Marca tres respuestas solamente, por favor.

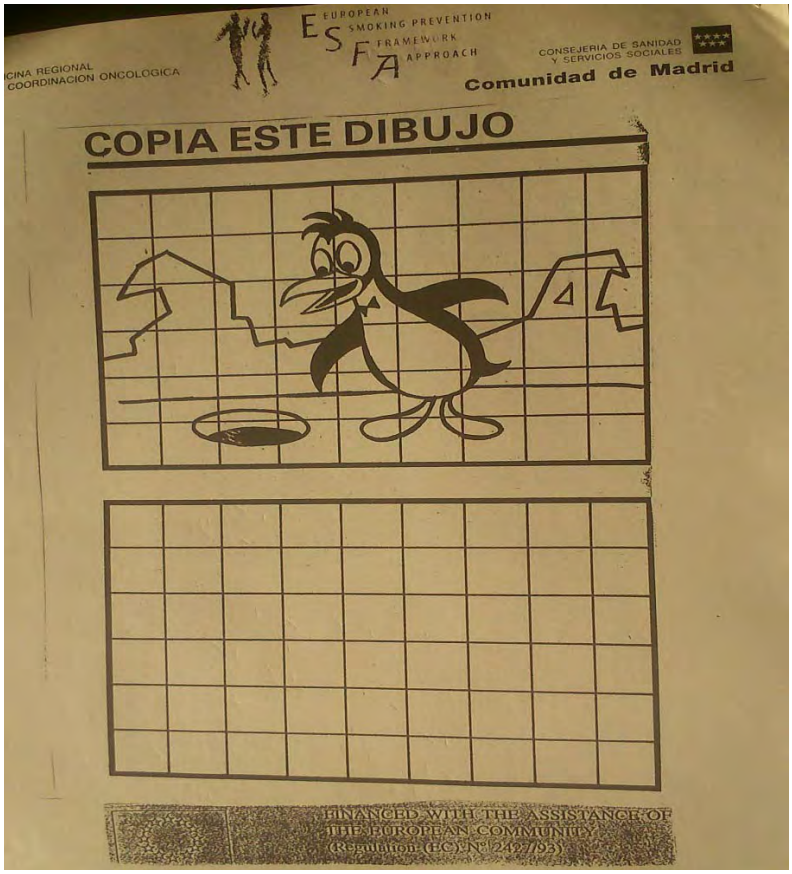
- ☐ en casa
- ☐ en casa de los/as amigos/as
- ☐ en la calle/el campo/el parque
- ☐ en el centro comercial
- ☐ por ahí(bares, cafeterías, discotecas, fiestas)
- ☐ deportes (clubs, centros, piscina, etc.)
- ☐ grupos de jóvenes
- ☐ en el trabajo
- ☐ otros:

Esta ha sido la última pregunta. Si te sobra tiempo porque los/as demás no han terminado todavía, puedes hacer el juego de esta página

Cuando ya hayas acabado con el cuestionario, por favor, mételo en el sobre y cierra el sobre.
Escribe tu nombre y número de Instituto en el sobre. El/la profesor/a recogerá todos los sobres y los meterá dentro de otro mayor, y lo cerrará delante de vosotros. Tú profesor/a **no** verá nunca tus respuestas. El sobre grande se enviará por correo a Holanda para los investigadores.

Gracias por rellenar el cuestionario.

15


EUROPEAN
SMOKING PREVENTION
FRAMEWORK
APPROACH
ESFA
CINA REGIONAL
COORDINACION ONCOLOGICA
CONSEJERIA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES
Comunidad de Madrid
COPIA ESTE DIBUJO
FINANCED WITH THE ASSISTANCE OF
THE EUROPEAN COMMUNITY
(Regulation (EC) Nº 2427/93)


EUROPEAN
SMOKING PREVENTION
FRAMEWORK
APPROACH
ESFA cuestionario '98

ESFA - cuestionario

El objetivo de esta encuesta, en la que participan más de 20.000 jóvenes de Europa, es conocer la opinión de la juventud sobre el tabaco. Tus respuestas ayudarán a comprender mejor lo que piensan los jóvenes sobre el tabaco y algunos otros temas.

En este cuestionario algunas preguntas tratan del tabaco. Se refieren a fumar cigarrillos y tabaco liado en papel de fumar.

Tus respuestas son totalmente confidenciales. Cuando termines de contestar todas las preguntas mete el cuestionario en el sobre recibido y ciérralo. Escribe tu nombre en la parte de fuera del sobre. El/la profesor/a recogerá todos los sobres y los precintará dentro de un sobre grande. Sólo el equipo de investigación de Holanda podrá saber quien rellenó el cuestionario.

Recuerda que esto no es un examen. Las únicas respuestas correctas son las que tú consideres mejores.

Para contestar al cuestionario:

1. Usa un bolígrafo azul o negro.
2. Marca con un aspa ☒ el recuadro que esté al lado de la respuesta que corresponda mejor con tu opinión.
3. Si te equivocas o cambias de idea, rellena totalmente el recuadro ■ incorrecto, y marca una nueva respuesta. ☒
4. Si tienes alguna duda pregunta al profesor/a.
5. Es muy importante que respondas a todas las preguntas

1 Primero, unas pocas preguntas sobre ti

1 ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?

día: mes: año:

☐☐ ☐☐ 19☐☐

2 ¿Eres chico o chica?

☐ chico ☐ chica

3 ¿Cómo se llama tu Instituto o Colegio ?

Nombre del Instituto o Colegio:

4 El año pasado, ¿venías a este Instituto o Colegio también?

☐ sí, al mismo colegio en otro curso (6º de Primaria)
☐ sí, al mismo Instituto o Colegio en el mismo curso (1ª de E.S.O.)
☐ no, a otro Colegio o Instituto. ¿A cuál ?

5 El año pasado, ¿cómo fueron tus notas, comparadas con el resto si divides tu clase en tres partes?

☐ mis notas estaban en la parte más alta
☐ mis notas estaban en la parte media
☐ mis notas estaban en la parte más baja

6 ¿Quiénes viven contigo en tu casa? (Marca las respuestas que apliquen a tu caso)

☐ mi madre
☐ mi padre
☐ otra cuidadora o tutora(ej. madrastra, abuela)
☐ otro cuidador o tutor(ej. padrastro, abuelo)
☐ uno o más hermanas(o hermanastras)
☐ uno o más hermanos(o hermanastros)
☐ otros miembros de la familia(ej. tío, abuelos)
☐ otros: (por favor especifica)

2 Si fumara(o si fumo)

Las preguntas siguientes empiezan con "si fumara (o si fumo)". Si no fumas, imagínate como crees que el fumar te afectaría si lo hicieras. Pedimos que respondas las preguntas según lo que tú piensas ahora sobre fumar, y no como si fueras un/a fumador/a real. Lo que cuenta son tus opiniones. Si fumas, por favor, contesta las preguntas sinceramente.

1 Si yo fumara(o si fumo) pensaría que es:

☐ muy deseable
☐ deseable
☐ casi deseable
☐ ni deseable ni indeseable
☐ casi indeseable
☐ indeseable
☐ muy indeseable
☐ no lo sé

2 Si fumara(o si fumo) pensaría que es:

☐ muy agradable
☐ agradable
☐ poco agradable
☐ ni agradable/ni desagradable
☐ poco desagradable
☐ desagradable
☐ muy desagradable
☐ no lo sé

3

3 Si fumara (o si fumo):

- ☐ me ayudaría mucho a calmar los nervios
- ☐ me ayuda a calmar los nervios
- ☐ me ayudaría un poco a calmar los nervios
- ☐ no me ayudaría a calmar los nervios
- ☐ no lo sé

4 Si fumara (o si fumo) sería:

- ☐ muy malo para la salud
- ☐ malo para la salud
- ☐ un poco malo para la salud
- ☐ no es malo para la salud
- ☐ no lo sé

5 Si fumara (o si fumo):

- ☐ me haría adelgazar mucho
- ☐ me haría adelgazar
- ☐ me haría adelgazar un poco
- ☐ no me haría adelgazar
- ☐ no lo sé

6 Si fumara (o si fumo) opinaría que es:

- ☐ una gran estupidez por mi parte
- ☐ una estupidez por mi parte
- ☐ una pequeña estupidez por mi parte
- ☐ no es ninguna estupidez por mi parte
- ☐ no lo sé

7 Si fumara(o si fumo) me sentiría:

- ☐ muy relajado/a
- ☐ relajado/a
- ☐ un poco relajado/a
- ☐ ni relajado/a ni nervioso/a
- ☐ un poco nervioso/a
- ☐ nervioso/a
- ☐ muy nervioso/a
- ☐ no lo sé

8 Si fumara (o si fumo):

- ☐ parecería mucho más seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ parecería más seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ parecería un poco seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ no parecería ni más seguro ni menos seguro ante los/as compañeros/as
- ☐ parecería un poco menos seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ parecería menos seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ parecería mucho menos seguro/a ante los/as compañeros/as
- ☐ no lo sé

9 Si fumara (o si fumo) pensaría que hago una cosa que está:

- ☐ muy mal
- ☐ mal
- ☐ un poco mal
- ☐ ni mal ni bien
- ☐ un poco bien
- ☐ bien
- ☐ muy bien
- ☐ no lo sé

10 Si me pusiera enfermo/a por fumar:

- ☐ me arrepentiría muchísimo de haber empezado a fumar
- ☐ me arrepentiría de haber empezado a fumar
- ☐ me arrepentiría un poco de haber empezado a fumar
- ☐ no me arrepentiría de haber empezado a fumar
- ☐ no lo sé

11 Si fumara (o si fumo):

- ☐ opinaría que tiene un sabor realmente horrible
- ☐ opinaría que tiene un sabor horrible
- ☐ opinaría que tiene un sabor un poco horrible
- ☐ opinaría que su sabor no es ni horrible ni agradable
- ☐ opinaría que tiene un sabor un poco agradable
- ☐ opinaría que tiene un sabor agradable
- ☐ opinaría que tiene un sabor realmente agradable
- ☐ no lo sé

13 Si fumara (o si fumo) mis amigos/as me prestarían:

- ☐ mucha más atención
- ☐ más atención
- ☐ algo más de atención
- ☐ ni más ni menos atención
- ☐ algo menos de atención
- ☐ menos atención
- ☐ mucha menos atención
- ☐ no lo sé

13 Si fumara (o si fumo) vería esto como:

- ☐ muy insociable
- ☐ insociable
- ☐ un poco insociable
- ☐ ni insociable ni sociable
- ☐ un poco sociable
- ☐ sociable
- ☐ muy sociable
- ☐ no lo sé

14 Si fumara (o si fumo):

- ☐ sería mucho más fácil pertenecer a un grupo
- ☐ sería más fácil pertenecer a un grupo
- ☐ sería un poco más fácil pertenecer a un grupo
- ☐ no sería ni más fácil ni más difícil pertenecer a un grupo
- ☐ sería un poco más difícil pertenecer a un grupo
- ☐ sería más difícil pertenecer a un grupo
- ☐ sería mucho más difícil pertenecer a un grupo
- ☐ no lo sé

Ahora, puedes dejar de imaginar lo que pasaría si fumaras

3 Las demás personas también tienen una opinión sobre el tabaco.

¿Qué esperarían que tú hicieras?

	seguro que debería fumar	debería fumar	quizás debería fumar	no lo sé	quizás no debería fumar	no debería fumar	seguro que no debería fumar	no tengo o no viven en casa
1 mucha gente que me importa cree que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 mi madre(o tutora) cree que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 mi padre (o tutor) piensa que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 mi/s hermano/s cree/n que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 mi/s hermana/s cree/n que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 mis amigos creen que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 mi mejor amigo/a cree que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 la gente de mi curso cree que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
9 mis profesores creen que yo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

4 En las siguientes preguntas queremos saber quienes de las personas mencionadas fuman

	Sí	no	no lo sé	no tengo o no vive en mi casa
1 ¿Fuma tu madre (o tutora)?	☐	☐	☐	☐
2 ¿Fuma tu padre(o tutor)?	☐	☐	☐	☐
3 ¿Fuma uno o más de tu/s hermano/s?	☐	☐	☐	☐
4 ¿Fuma una o más de tu/s hermana/s?	☐	☐	☐	☐
5 ¿Fuma tu mejor amigo/a?	☐	☐	☐	☐

5

5 En las siguientes preguntas queremos saber cuantas personas que tú conoces fuman

	(casi) todos/as	más de la mitad	la mitad	menos de la mitad	(casi) nadie	no lo sé
1 ¿Cuántas personas que tú conoces fuman?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 ¿Cuántos/as de tus amigos/as fuman?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 ¿Cuántos/as de los/as de tu curso fuman?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 ¿Cuántos/as de tus profesores/as fuman?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5 ¿Qué tanto por ciento de los habitantes de España(de 15 años para arriba) crees que fuman?

- ☐ 0-20%
- ☐ 21-40%
- ☐ 41-60%
- ☐ 61-80%
- ☐ 81-100%

6 Presión para fumar

Con presión queremos decir, que tú crees que otras personas quieren que tú fumes. Por ejemplo, estás pasando el rato con unos/as cuantos/as amigos/as y alguien tiene un paquete de cigarrillos. No te atreves a rechazar un cigarrillo porque te temes que no pertenecerás al grupo si te resistes.

Otro ejemplo, alguien te ofrece un cigarrillo y tú no lo quieres y lo dices claramente, pero siguen insistiendo.

	Muy a menudo	a menudo	algunas veces	pocas veces	nunca
1 ¿Alguna vez has notado que otros/as te presionan para fumar?	☐	☐	☐	☐	☐
2 ¿Alguna vez has notado que la publicidad del tabaco te presiona para fumar?	☐	☐	☐	☐	☐

¿Alguna vez has notado presión para que fumes de:	Muy a menudo	a menudo	algunas veces	pocas veces	nunca	no tengo o no vive en mi casa
3 tu madre(tutora)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 tu padre(tutor)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 tu/s hermana/s?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 tu/s hermana/s?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 tus amigos/as?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 tu mejor amigo/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 gente de tu curso?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 profesores/as?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7 ¿Crees que eres capaz de no fumar?

	seguro que no fumo	no fumo	quizás no fume	no lo sé	quizás fume	fumo	seguro que fumo
1 cuando estás con otros/as que fuman ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 cuando estás con amigos/as que fuman ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 cuando te ofrecen un cigarrillo ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 si tus amigos/as te ofrecen un cigarrillo ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 cuando estás preocupado/a ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 cuando te sientes hundido/a ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 cuando te notas nervioso/a ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 cuando estás preocupado/a ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 cuando sales con amigos/as ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 cuando ves la TV ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 cuando haces los deberes ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 al volver a casa del Instituto o Colegio ¿eres capaz de no fumar?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8 El futuro

	seguro	probable-mente	quizás	no lo sé	quizás no	probable-mente no	seguro que no
1 ¿tienes intención de fumar en el futuro?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 ¿tu mejor amigo/a tiene intención de fumar en el futuro?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 ¿tienes intención de fumar el próximo año?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9

¿Fumas?

1 **Marca tantas respuestas como necesites: Cuando acabe meteré el cuestionario en el sobre y lo cerraré.**

Esto significa:

- ☐ que nadie que yo conozca podrá averiguar que yo podría haber fumado
- ☐ que solamente el equipo de investigación de Holanda sabrá lo que he contestado
- ☐ que no tiene ninguna consecuencia si contesto que sí he fumado
- ☐ que todo lo que conteste se mantendrá en absoluto secreto

¡Las 4 respuestas anteriores son completamente ciertas! Por lo tanto puedes contestar las siguientes preguntas con toda sinceridad!

2 **¿Cuál de las siguientes afirmaciones está más cerca de tu caso?(elige solo una respuesta)**

- ☐ fumo al menos una vez al día
- ☐ no fumo a diario, pero sí al menos una vez a la semana
- ☐ no fumo semanalmente, pero sí al menos una vez al mes
- ☐ fumo menos de una vez al mes
- ☐ estoy empezando a fumar de vez en cuando
- ☐ he dejado de fumar después de haber fumado al menos una vez por semana
- ☐ he dejado de fumar, he fumado siempre menos de una vez a la semana
- ☐ he intentado fumar de vez en cuando, pero no he vuelto a fumar
- ☐ nunca he fumado un cigarrillo, ni siquiera una calada

3 **¿Cuántos años tenías cuando probaste un cigarrillo?**

- ☐ menos de 8 años
- ☐ 8 años
- ☐ 9 años
- ☐ 10 años
- ☐ 11 años
- ☐ 12 años
- ☐ 13 años
- ☐ 14 años
- ☐ 15 años o más
- ☐ nunca he empezado a fumar

4 **¿Cuál de las siguientes frases se refiere más a ti?**

- ☐ estoy seguro/a de que nunca empezaré a fumar
- ☐ creo que nunca empezaré a fumar
- ☐ creo que empezaré a fumar en algún momento de mi vida
- ☐ creo que empezaré a fumar en los próximos cinco años
- ☐ creo que empezaré a fumar el próximo año
- ☐ creo que empezaré a fumar en los próximos seis meses
- ☐ creo que empezaré a fumar el próximo mes
- ☐ ya fumo

5 **¿Has fumado durante las últimas 24 horas (incluso si sólo ha sido una calada)?**

☐ sí ☐ no

6 **¿Has fumado durante los últimos 7 días (incluso si sólo ha sido una calada)?**

☐ sí ☐ no

7 **¿Has fumado durante el último mes (incluso si sólo ha sido una calada)?**

☐ sí ☐ no

8

8 Por término medio, ¿cuántos cigarrillos fumas por semana? (contando también el fin de semana)

- ☐ 0
- ☐ entre 0 y 1
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ 11-20
- ☐ 21-30
- ☐ 31-40
- ☐ 41-50
- ☐ 51-60
- ☐ más de 60

9 Por término medio, cuántos cigarrillos fumas durante el fin de semana? (entre el viernes a las 6 de la tarde y el domingo hasta media noche)

- ☐ 0
- ☐ entre 0 y 1
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ 11-20
- ☐ 21-30
- ☐ 31-40
- ☐ 41-50
- ☐ 51-60
- ☐ más de 60

10 Si contaras todos los cigarrillos que has fumado durante toda tu vida, ¿cuántos has fumado?

- ☐ 0
- ☐ entre 0 y 1
- ☐ 1-4
- ☐ 5-24
- ☐ 25-49
- ☐ 50-99
- ☐ 100-149
- ☐ 150-199
- ☐ 200 o más

11 ¿Has intentado fumar menos o dejar de fumar? (señala sólo una respuesta)

- ☐ nunca he fumado
- ☐ he dejado de fumar
- ☐ he fumado menos
- ☐ sí he intentado ambos (fumar menos y dejarlo)
- ☐ sí, intenté dejarlo
- ☐ sí, intenté fumar menos
- ☐ no, nunca intenté fumar menos ni dejarlo

12 ¿Piensas dejarlo? (marca sólo una respuesta)

- ☐ no fumo
- ☐ quiero dejarlo en el próximo mes
- ☐ quiero dejarlo en los próximos 6 meses
- ☐ quiero dejarlo en el próximo año
- ☐ quiero dejarlo en los próximos 5 años
- ☐ quiero dejarlo alguna vez, pero no en los próximos 5 años
- ☐ no, no quiero dejarlo

10 Algunas preguntas sobre tu Instituto o Colegio y tu casa

	sí, en cualquiera	sí, en algunos	no	no lo sé
1 ¿Se puede fumar en la biblioteca o salas de estudio?	☐	☐	☐	☐
2 ¿Se puede fumar en la cafetería o en el comedor?	☐	☐	☐	☐
3 ¿Se puede fumar en el hall de entrada, pasillos, o escaleras del Instituto o Colegio?	☐	☐	☐	☐
4 ¿Se puede fumar fuera en el patio de tu Instituto o Colegio?	☐	☐	☐	☐

	Sí, en todas	sí, en algunas	no	no lo sé
5 ¿Se puede fumar en las clases?	☐	☐	☐	☐

	sí	no	no lo sé
6 ¿Se puede fumar en los servicios o lavabos de tu Instituto o Colegio?	☐	☐	☐
7 ¿Puedes comprar cigarrillos en tu Instituto o Colegio?	☐	☐	☐
8 ¿Puedes comprar cigarrillos cerca de tu Instituto o Colegio (una o dos calles alrededor)?	☐	☐	☐

9 ¿Puedes fumar en tu casa, si tu quieres?

☐ sí ☐ no ☐ no lo sé

10 ¿En cuál de estos sitios de tu casa te dejan fumar?
(Marca todos los sitios donde puedes fumar)

☐ tu habitación
☐ el cuarto de estar
☐ la cocina
☐ cuarto de baño, servicio, lavabo
☐ hall de entrada, pasillos, escaleras, etc.
☐ fuera(jardín, garaje, terraza)
☐ en ninguna parte
☐ no lo sé

11 Si fumo (o fumara) y mis padres se enteran:

☐ mis padres se enfadan conmigo mucho
☐ mis padres se enfadan conmigo
☐ mis padres se enfadan conmigo un poco
☐ mis padres no se enfadan conmigo
☐ no lo sé

12 Si fumo (o fumara) y mis padres se enteran:

☐ me pondrán un gran castigo
☐ me pondrán un castigo
☐ me pondrán un pequeño castigo
☐ no me castigarán
☐ no lo sé

13 ¿Te han prometido tus padres algo por no empezar (no haber empezado) a fumar?

☐ Sí, un gran premio
☐ sí, un premio
☐ sí, un pequeño premio
☐ no
☐ no lo sé

14 Prefiero estar con personas que no fuman:

☐ muy de acuerdo
☐ de acuerdo
☐ algo de acuerdo
☐ ni de acuerdo ni en desacuerdo
☐ algo en desacuerdo
☐ en desacuerdo
☐ muy en desacuerdo
☐ no lo sé

10

15 En el colegio, durante el año pasado, has tenido alguna clase, te han puesto alguna película o video, o se ha discutido en clase sobre los siguientes temas? (marca tantas respuestas como necesites)

- ☐ higiene de los dientes
- ☐ ejercicio físico o deportes
- ☐ cómo tomar el sol sin sufrir quemaduras
- ☐ la dieta sana
- ☐ tabaco
- ☐ alcohol
- ☐ educación sexual/sexo seguro
- ☐ SIDA
- ☐ drogas

16 El año pasado en el colegio, ¿has tratado alguna vez el tema del tabaco?

- ☐ no
- ☐ sí, una o dos veces
- ☐ sí, de tres a cinco veces
- ☐ sí, más de cinco veces
- ☐ no lo sé

17 ¿Cuáles de estos temas se trataron el año pasado? (marca tantas como necesites)

- ☐ los riesgos de fumar para la salud
- ☐ el precio del tabaco
- ☐ llegar al acuerdo de no fumar
- ☐ cómo decir no cuando alguien te ofrece un cigarrillo
- ☐ la imagen que dan los/as que fuman
- ☐ cuánta gente fuma
- ☐ el tabaco crea adicción
- ☐ como te presionan otros/as para fumar
- ☐ la publicidad del tabaco
- ☐ cómo se funciona en grupo
- ☐ no recuerdo de que trataban estos temas
- ☐ no he tratado ningún tema sobre el tabaco

18 El año pasado, ¿hablasteis en tu casa del tabaco?

- ☐ sí, una vez
- ☐ sí, de vez en cuando
- ☐ sí, algunas veces
- ☐ sí, a menudo
- ☐ sí, hablamos, pero no el año pasado
- ☐ no, nunca

19 ¿De qué hablasteis en casa? (marca tantas como necesites)

- ☐ los riesgos de fumar para la salud
- ☐ los riesgos para la salud por aspirar el humo que echan los/as fumadores/as
- ☐ llegar a un acuerdo para no fumar
- ☐ si te dejan o no fumar
- ☐ los sitios donde puedes o no puedes fumar
- ☐ el precio de los cigarrillos
- ☐ te explican los deberes del tabaco que te mandan en el Instituto o Colegio
- ☐ tus amigos/as que fuman
- ☐ si otros/as te ofrecen tabaco
- ☐ no se ha hablado del tabaco en tu casa

20 ¿Tienes dinero para gastar en lo que quieras? (marca tantas como necesites)

- ☐ sí, la paga que me dan mis padres para mis gastos
- ☐ sí, dinero extra de mis padres para comprarme ropa(dinero para ropa)
- ☐ sí, lo que gano por trabajar algunas horas cuando salgo de clase
- ☐ sí, otro:
- ☐ no

21 ¿Cuánto dinero puedes gastar como a ti te parezca, la mayoría de las semanas (no incluido el dinero para ropa ni tus ahorros)

- ☐ nada
- ☐ menos de 300
- ☐ entre 3001y 500
- ☐ entre 501 y 1000
- ☐ entre 1001 y 1500
- ☐ entre 1501 y 2000
- ☐ entre 2001 y 2500
- ☐ más de 2500

22 ¿Tienen trabajo pagado tu padre(o tutor) y tu madre (o tutora)? (Busca una respuesta para cada uno)

	Padre o tutor	Madre o tutora
sí, trabaja 5 días o más días a la semana	☐	☐
sí, trabaja menos de 5 días a la semana	☐	☐
no, es ama/o de casa	☐	☐
no, está en paro	☐	☐
no, está enfermo o discapacitado	☐	☐
no, está jubilado	☐	☐
no tengo	☐	☐

23 ¿De qué país de origen es tu familia?

- ☐ España
- ☐ Marruecos
- ☐ Cuba
- ☐ Argentina
- ☐ Filipinas
- ☐ Santo Domingo
- ☐ Colombia
- ☐ Ecuador
- ☐ otro país, por favor, escribe cual es:
- ☐ son de dos diferentes, por favor escribe cuales son:

24 ¿Estás educado en alguna religión?

- ☐ sí, católica
- ☐ sí, protestante
- ☐ sí, musulmana
- ☐ sí, budista
- ☐ sí, testigo de Jehová
- ☐ sí, otra: ¿cuál?
- ☐ no

II Preguntas sobre tu estilo de vida

1 Si piensas en los fines de semana(desde la tarde del viernes a la del domingo) y en los días de diario del mes pasado, ¿cuántos vasos de bebida alcohólica bebiste durante el mes pasado? Contesta las dos columnas por separado.

	Por término medio, los fines de semana	por término medio, los días de diario
ninguno	☐	☐
1 ó 2 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 3 a 5 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 6 a 10 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 11 a 20 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 21 a 30 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 31 a 40 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
más de 40 vasos de bebida alcohólica	☐	☐

12

¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que haces? (marca sólo una respuesta por frase)	al menos una vez a la semana	no semanalmente pero al menos una vez al mes	menos de una vez al mes	lo he hecho alguna vez	nunca
2 tomo bebidas con alcohol	☐	☐	☐	☐	☐
3 me juego dinero	☐	☐	☐	☐	☐
4 tomo marihuana o hachis	☐	☐	☐	☐	☐
5 esnifo por la nariz sustancias para "colocarme"	☐	☐	☐	☐	☐
6 tomo heroína, anfetaminas, crack, cocaína, o LSD	☐	☐	☐	☐	☐
7 Tomo pastillas para dormir o tranquilizantes	☐	☐	☐	☐	☐
8 tomo éxtasis o pastillas de diseño	☐	☐	☐	☐	☐
9 hago pellas o novillos y falto a clase	☐	☐	☐	☐	☐
10 me peleo con otros/as	☐	☐	☐	☐	☐
11 destrozo cosas	☐	☐	☐	☐	☐
12 robo o quito cosas	☐	☐	☐	☐	☐

¿Sabes si fuman tus amigos/as? No les preguntes ahora en clase, contesta lo que tú creas.
Nadie se enterará de lo que has rellenado aquí

	nombre	primera letra del apellido	¿está en tu curso en tu Instituto o Colegio?	¿fuma? ¿fuma?	Si fuma ¿cuántos cigarrillos por semana?
13 el/la chico/a con el/la que salgo	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	
14 mi mejor amigo/a	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	
15 mi segundo/a mejor amigo/a	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	
16 mi tercer/a mejor amigo/a	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	
17 mi cuarto/a mejor amigo/a	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	
18 mi quinto/a mejor amigo/a	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	

13

Por favor, marca con qué frecuencia vas a los siguientes sitios (responde para cada lugar)

	una vez por semana o más	al menos una vez cada dos semanas	al menos una vez al mes	menos de una vez al mes	casi nunca	nunca
19 polideportivo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 salidas a la montaña	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 grupo juvenil en el Instituto o Colegio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22 grupos de jóvenes en la parroquia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 otros grupos de jóvenes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24 biblioteca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25 salas de juegos de ordenador	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26 bares o pubs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27 fiestas en casa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28 discoteca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29 restaurantes o cafeterías	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30 cine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31 piscina	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32 tiendas o centro comercial (con los amigos/as)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33 calle(con los amigos)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

34 ¿En qué tres lugares pasas la mayor parte del tiempo libre? Marca tres respuestas solamente, por favor.

- ☐ en casa
- ☐ en casa de los/as amigos/as
- ☐ en la calle/el campo/el parque
- ☐ en un centro comercial
- ☐ por ahí(bares, cafeterías, discotecas, fiestas)
- ☐ deportes (polideportivos, piscina, etc.)
- ☐ grupos de jóvenes
- ☐ en el trabajo
- ☐ otros:

Esta ha sido la última pregunta. Si te sobra tiempo porque los/as demás no han terminado todavía, puedes hacer el juego de esta página.

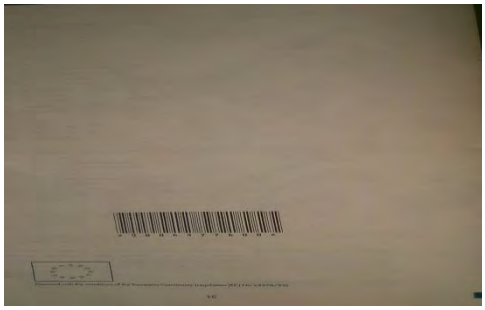
14

¡Busca las diez diferencias!

Cuando ya hayas acabado con el cuestionario, por favor, mételo en el sobre y cierra el sobre. Escribe tu nombre y número de Instituto en el sobre. El/la profesor/a recogerá todos los sobres y los meterá dentro de otro mayor, y lo cerrará delante de vosotros. Tú profesor/a no verá nunca tus respuestas. El sobre grande se enviará por correo a Holanda para los investigadores.

Gracias por rellenar el cuestionario.

15

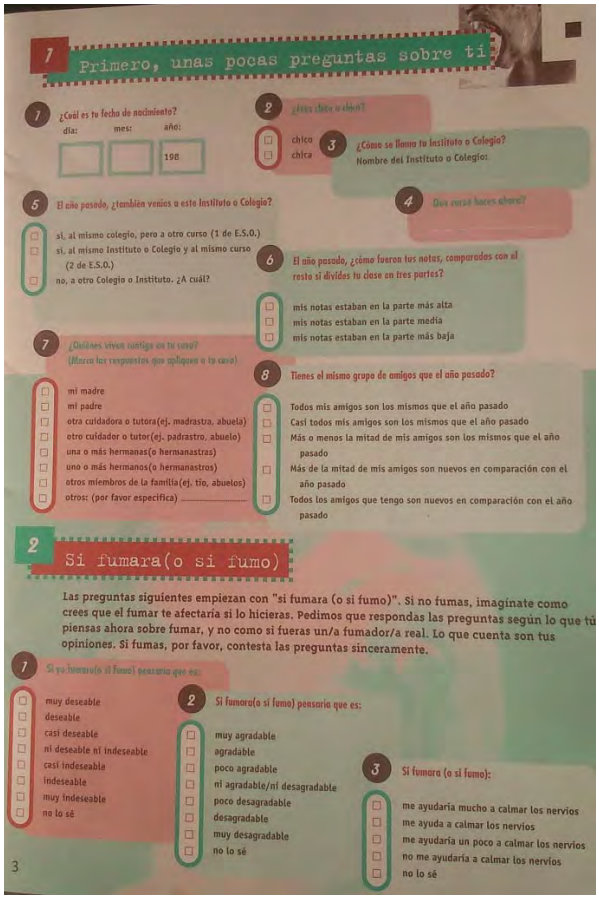



EUROPEAN
SMOKING PREVENTION
FRAMEWORK
APPROACH
ESFA - cuestionario 99

Para contestar al cuestionario:

1. Usa un bolígrafo azul o negro.
2. Marca con un aspa el recuadro que esté al lado de la respuesta que corresponda mejor con tu opinión:
3. Si te equivocas o cambias de idea, rellena totalmente el recuadro incorrecto, y marca una nueva respuesta:
4. Si tienes alguna duda pregunta al profesor/a.
5. Es muy importante que respondas a todas las preguntas.

   Recuerda que esto no es un examen. Las únicas respuestas correctas son las que tú consideres mejores.



1 Primero, unas pocas preguntas sobre ti

1 ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?
día: mes: año: 198

2 ¿Eres chico o chica?
- chico
- chica

3 ¿Cómo se llama tu Instituto o Colegio?
Nombre del Instituto o Colegio:

4 Qué curso haces ahora?

5 El año pasado, ¿también venías a este Instituto o Colegio?
- sí, al mismo colegio, pero a otro curso (1 de E.S.O.)
- sí, al mismo Instituto o Colegio y al mismo curso (2 de E.S.O.)
- no, a otro Colegio o Instituto. ¿A cuál?

6 El año pasado, ¿cómo fueron tus notas, comparadas con el resto si divides tu clase en tres partes?
- mis notas estaban en la parte más alta
- mis notas estaban en la parte media
- mis notas estaban en la parte más baja

7 ¿Quiénes viven contigo en tu casa? (Marca las respuestas que apliquen a tu caso)
- mi madre
- mi padre
- otra cuidadora o tutora(ej. madrastra, abuela)
- otro cuidador o tutor(ej. padrastro, abuelo)
- una o más hermanas(o hermanastras)
- uno o más hermanos(o hermanastros)
- otros miembros de la familia(ej. tío, abuelos)
- otros: (por favor especifica) .....

8 Tienes el mismo grupo de amigos que el año pasado?
- Todos mis amigos son los mismos que el año pasado
- Casi todos mis amigos son los mismos que el año pasado
- Más o menos la mitad de mis amigos son los mismos que el año pasado
- Más de la mitad de mis amigos son nuevos en comparación con el año pasado
- Todos los amigos que tengo son nuevos en comparación con el año pasado

2 Si fumara(o si fumo)

Las preguntas siguientes empiezan con "si fumara (o si fumo)". Si no fumas, imagínate como crees que el fumar te afectaría si lo hicieras. Pedimos que respondas las preguntas según lo que tú piensas ahora sobre fumar, y no como si fueras un/a fumador/a real. Lo que cuenta son tus opiniones. Si fumas, por favor, contesta las preguntas sinceramente.

1 Si yo fumara(o si fumo) pensaría que es:
- muy deseable
- deseable
- casi deseable
- ni deseable ni indeseable
- casi indeseable
- indeseable
- muy indeseable
- no lo sé

2 Si fumara(o si fumo) pensaría que es:
- muy agradable
- agradable
- poco agradable
- ni agradable/ni desagradable
- poco desagradable
- desagradable
- muy desagradable
- no lo sé

3 Si fumara (o si fumo):
- me ayudaría mucho a calmar los nervios
- me ayuda a calmar los nervios
- me ayudaría un poco a calmar los nervios
- no me ayudaría a calmar los nervios
- no lo sé

3

4 Si fumara (o si fumo) sería:
- muy malo para la salud
- malo para la salud
- un poco malo para la salud
- no es malo para la salud
- no lo sé

5 Si fumara (o si fumo):
- me haría adelgazar mucho
- me haría adelgazar
- me haría adelgazar un poco
- no me haría adelgazar
- no lo sé

6 Si fumara (o si fumo) opinaría que es:
- una gran estupidez por mi parte
- una estupidez por mi parte
- una pequeña estupidez por mi parte
- no es ninguna estupidez por mi parte
- no lo sé

7 Si fumara(o si fumo) me sentiría:
- muy relajado/a
- relajado/a
- un poco relajado/a
- ni relajado/a ni nervioso/a
- un poco nervioso/a
- nervioso/a
- muy nervioso/a
- no lo sé

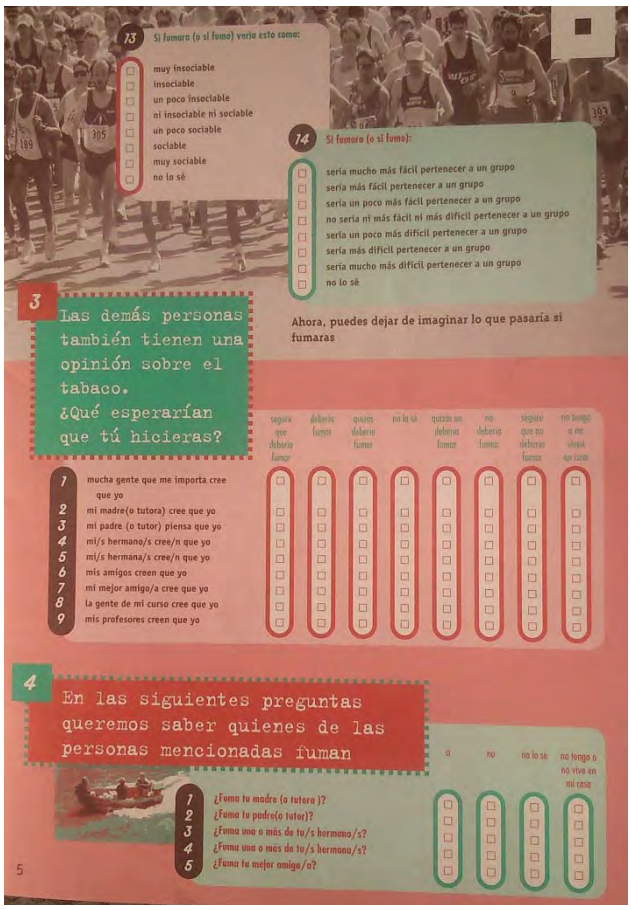
8 Si fumara (o si fumo):
- parecería mucho más seguro/a ante los/as compañeros/as
- parecería más seguro/a ante los/as compañeros/as
- parecería un poco seguro/a ante los/as compañeros/as
- no parecería ni más seguro ni menos seguro ante los/as compañeros/as
- parecería un poco menos seguro/a ante los/as compañeros/as
- parecería menos seguro/a ante los/as compañeros/as
- parecería mucho menos seguro/a ante los/as compañeros/as
- no lo sé

9 Si fumara (o si fumo) pensaría que hago una cosa que está:
- muy mal
- mal
- un poco mal
- ni mal ni bien
- un poco bien
- bien
- muy bien
- no lo sé

10 Si me pusiera enfermo/a por fumar:
- me arrepentiría muchísimo de haber empezado a fumar
- me arrepentiría de haber empezado a fumar
- me arrepentiría un poco de haber empezado a fumar
- no me arrepentiría de haber empezado a fumar
- no lo sé

11 Si fumara (o si fumo):
- opinaría que tiene un sabor realmente horrible
- opinaría que tiene un sabor horrible
- opinaría que tiene un sabor un poco horrible
- opinaría que su sabor no es ni horrible ni agradable
- opinaría que tiene un sabor un poco agradable
- opinaría que tiene un sabor agradable
- opinaría que tiene un sabor realmente agradable
- no lo sé

12 Si fumara (o si fumo) mis amigos/as me prestarían:
- mucha más atención
- más atención
- algo más de atención
- ni más ni menos atención
- algo menos de atención
- menos atención
- mucha menos atención
- no lo sé



13 Si fumara (o si fumo) vería esto como:
- muy insociable
- insociable
- un poco insociable
- ni insociable ni sociable
- un poco sociable
- sociable
- muy sociable
- no lo sé

14 Si fumara (o si fumo):
- sería mucho más fácil pertenecer a un grupo
- sería más fácil pertenecer a un grupo
- sería un poco más fácil pertenecer a un grupo
- no sería ni más fácil ni más difícil pertenecer a un grupo
- sería un poco más difícil pertenecer a un grupo
- sería más difícil pertenecer a un grupo
- sería mucho más difícil pertenecer a un grupo
- no lo sé

Ahora, puedes dejar de imaginar lo que pasaría si fumaras

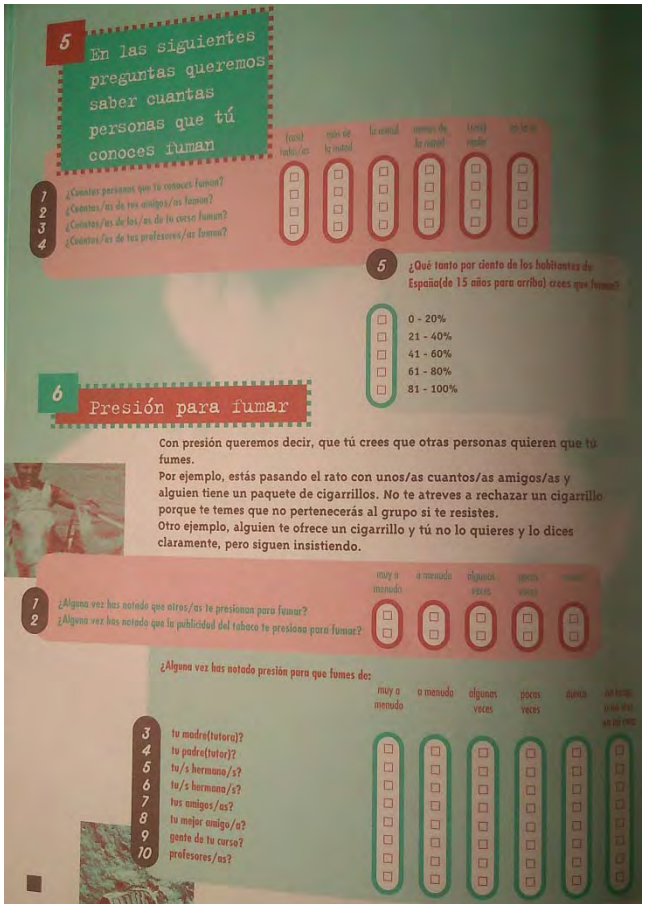
3 Las demás personas también tienen una opinión sobre el tabaco. ¿Qué esperarían que tú hicieras?

	seguro que debería fumar	debería fumar	quizás debería fumar	no lo sé	quizás no debería fumar	no debería fumar	seguro que no debería fumar	no tengo o no vive en mi casa
1 mucha gente que me importa cree que yo								
2 mi madre(o tutora) cree que yo								
3 mi padre (o tutor) piensa que yo								
4 mi/s hermano/s cree/n que yo								
5 mi/s hermana/s cree/n que yo								
6 mis amigos creen que yo								
7 mi mejor amigo/a cree que yo								
8 la gente de mi curso cree que yo								
9 mis profesores creen que yo								

4 En las siguientes preguntas queremos saber quienes de las personas mencionadas fuman

	sí	no	no lo sé	no tengo o no vive en mi casa
1 ¿Fuma tu madre (o tutora)?				
2 ¿Fuma tu padre(o tutor)?				
3 ¿Fuma uno o más de tu/s hermano/s?				
4 ¿Fuma uno o más de tu/s hermana/s?				
5 ¿Fuma tu mejor amigo/a?				

5



5 En las siguientes preguntas queremos saber cuantas personas que tú conoces fuman

(casi) todos/as | más de la mitad | la mitad | menos de la mitad | (casi) nadie | no lo se

1 ¿Cuantas personas que tu conoces fuman?
2 ¿Cuantos/as de tus amigos/as fuman?
3 ¿Cuantos/as de los/as de tu curso fuman?
4 ¿Cuantos/as de tus profesores/as fuman?

5 ¿Qué tanto por ciento de los habitantes de España(de 15 años para arriba) crees que fuman?

- 0 - 20%
- 21 - 40%
- 41 - 60%
- 61 - 80%
- 81 - 100%

6 Presión para fumar

Con presión queremos decir, que tú crees que otras personas quieren que tú fumes.
Por ejemplo, estás pasando el rato con unos/as cuantos/as amigos/as y alguien tiene un paquete de cigarrillos. No te atreves a rechazar un cigarrillo porque te temes que no pertenecerás al grupo si te resistes.
Otro ejemplo, alguien te ofrece un cigarrillo y tú no lo quieres y lo dices claramente, pero siguen insistiendo.

muy a menudo | a menudo | algunas veces | pocas veces | nunca

1 ¿Alguna vez has notado que otros/as te presionan para fumar?
2 ¿Alguna vez has notado que la publicidad del tabaco te presiona para fumar?

¿Alguna vez has notado presión para que fumes de:

muy a menudo | a menudo | algunas veces | pocas veces | nunca | no tengo (más de 18) no es del caso

3 tu madre(tutora)?
4 tu padre(tutor)?
5 tu/s hermano/s?
6 tu/s hermana/s?
7 tus amigos/as?
8 tu mejor amigo/a?
9 gente de tu curso?
10 profesores/as?

7 ¿Crees que eres capaz de no fumar?

seguro que no fumo | no fumo | quizás no fumo | no lo se | quizás fumo | fumo | seguro que fumo

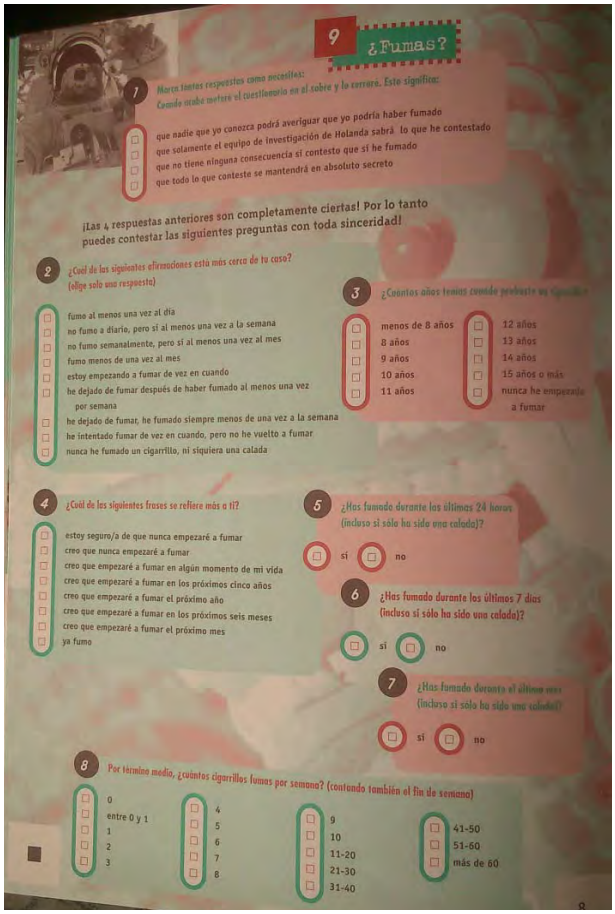
1 Cuando estás con otros/as que fuman ¿eres capaz de no fumar?
2 Cuando estás con amigos/as que fuman ¿eres capaz de no fumar?
3 Cuando te ofrecen un cigarrillo ¿eres capaz de no fumar?
4 Si tus amigos/as te ofrecen un cigarrillo ¿eres capaz de no fumar?
5 Cuando estás enfadado/a ¿eres capaz de no fumar?
6 Cuando te sientes hundido/a ¿eres capaz de no fumar?
7 Cuando te notas nervioso/a ¿eres capaz de no fumar?
8 Cuando estás preocupada/a ¿eres capaz de no fumar?
9 Cuando sales con amigos/as ¿eres capaz de no fumar?
10 Cuando ves la TV ¿eres capaz de no fumar?
11 Cuando haces los deberes ¿eres capaz de no fumar?
12 Al volver a casa del Instituto o Colegio ¿eres capaz de no fumar?

8 El futuro

seguro | probablemente | quizás | no lo se | quizás no | probablemente no | seguro que no

1 ¿Tienes intención de fumar en el futuro?
2 ¿Tu mejor amigo/a tiene intención de fumar en el futuro?
3 ¿Tienes intención de fumar el próximo año?

7



9 ¿Fumas?

1 Marca tantas respuestas como necesites:
Cuando acabe metete el cuestionario en el sobre y lo cerraré. Esto significa:

- que nadie que yo conozca podrá averiguar que yo podría haber fumado
- que solamente el equipo de investigación de Holanda sabrá lo que he contestado
- que no tiene ninguna consecuencia si contesto que sí he fumado
- que todo lo que conteste se mantendrá en absoluto secreto

¡Las 4 respuestas anteriores son completamente ciertas! Por lo tanto puedes contestar las siguientes preguntas con toda sinceridad!

2 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones está más cerca de tu caso? (elige sólo una respuesta)

- fumo al menos una vez al día
- no fumo a diario, pero sí al menos una vez a la semana
- no fumo semanalmente, pero sí al menos una vez al mes
- fumo menos de una vez al mes
- estoy empezando a fumar de vez en cuando
- he dejado de fumar después de haber fumado al menos una vez por semana
- he dejado de fumar, he fumado siempre menos de una vez a la semana
- he intentado fumar de vez en cuando, pero no he vuelto a fumar
- nunca he fumado un cigarrillo, ni siquiera una calada

3 ¿Cuántos años tenías cuando probaste un cigarrillo?

- menos de 8 años
- 8 años
- 9 años
- 10 años
- 11 años
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años o más
- nunca he empezado a fumar

4 ¿Cuál de las siguientes frases se refiere más a ti?

- estoy seguro/a de que nunca empezaré a fumar
- creo que nunca empezaré a fumar
- creo que empezaré a fumar en algún momento de mi vida
- creo que empezaré a fumar en los próximos cinco años
- creo que empezaré a fumar el próximo año
- creo que empezaré a fumar en los próximos seis meses
- creo que empezaré a fumar el próximo mes
- ya fumo

5 ¿Has fumado durante los últimos 24 horas (incluso si sólo ha sido una calada)?

- sí
- no

6 ¿Has fumado durante los últimos 7 días (incluso si sólo ha sido una calada)?

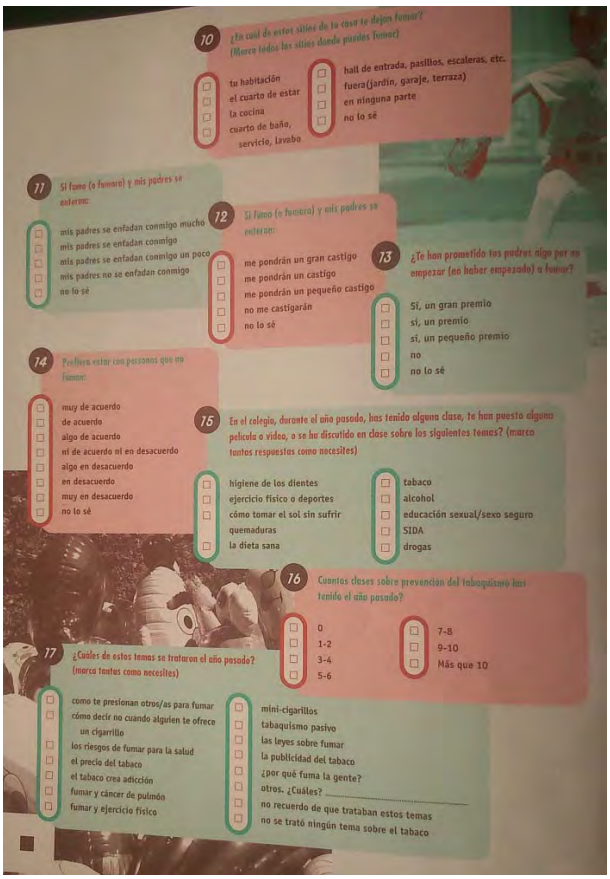
- sí
- no

7 ¿Has fumado durante el último mes (incluso si sólo ha sido una calada)?

- sí
- no

8 Por término medio, ¿cuántos cigarrillos fumas por semana? (contando también el fin de semana)

- 0
- entre 0 y 1
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- más de 60



10 ¿En cuál de estos sitios de tu casa te dejan fumar? (Marca todos los sitios donde puedes fumar)

- tu habitación
- el cuarto de estar
- la cocina
- cuarto de baño, servicio, lavabo
- hall de entrada, pasillos, escaleras, etc.
- fuera (jardín, garaje, terraza)
- en ninguna parte
- no lo sé

11 Si fumo (o fumara) y mis padres se enteran:

- mis padres se enfadan conmigo mucho
- mis padres se enfadan conmigo
- mis padres se enfadan conmigo un poco
- mis padres no se enfadan conmigo
- no lo sé

12 Si fumo (o fumara) y mis padres se enteran:

- me pondrán un gran castigo
- me pondrán un castigo
- me pondrán un pequeño castigo
- no me castigarán
- no lo sé

13 ¿Te han prometido tus padres algo por no empezar (no haber empezado) a fumar?

- Sí, un gran premio
- sí, un premio
- sí, un pequeño premio
- no
- no lo sé

14 Prefiero estar con personas que no fumen:

- muy de acuerdo
- de acuerdo
- algo de acuerdo
- ni de acuerdo ni en desacuerdo
- algo en desacuerdo
- en desacuerdo
- muy en desacuerdo
- no lo sé

15 En el colegio, durante el año pasado, has tenido alguna clase, te han puesto alguna película o video, o se ha discutido en clase sobre los siguientes temas? (marca tantas respuestas como necesites)

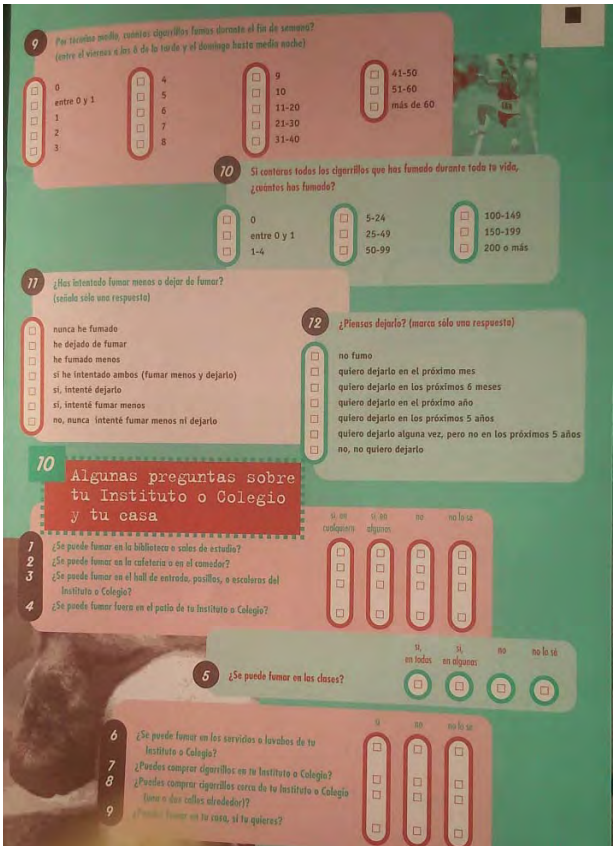
- higiene de los dientes
- ejercicio físico o deportes
- cómo tomar el sol sin sufrir quemaduras
- la dieta sana
- tabaco
- alcohol
- educación sexual/sexo seguro
- SIDA
- drogas

16 Cuantas clases sobre prevención del tabaquismo has tenido el año pasado?

- 0
- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-8
- 9-10
- Más que 10

17 ¿Cuales de estos temas se trataron el año pasado? (marca tantas como necesites)

- como te presionan otros/as para fumar
- cómo decir no cuando alguien te ofrece un cigarrillo
- los riesgos de fumar para la salud
- el precio del tabaco
- el tabaco crea adicción
- fumar y cáncer de pulmón
- fumar y ejercicio físico
- mini-cigarillos
- tabaquismo pasivo
- las leyes sobre fumar
- la publicidad del tabaco
- ¿por qué fuma la gente?
- otros. ¿Cuáles? _____
- no recuerdo de que trataban estos temas
- no se trató ningún tema sobre el tabaco



9 Por término medio, ¿cuántos cigarrillos fumas durante el fin de semana? (entre el viernes a las 6 de la tarde y el domingo hasta media noche)

- 0
- entre 0 y 1
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- más de 60

10 Si contaras todos los cigarrillos que has fumado durante toda tu vida, ¿cuántos has fumado?

- 0
- entre 0 y 1
- 1-4
- 5-24
- 25-49
- 50-99
- 100-149
- 150-199
- 200 o más

11 ¿Has intentado fumar menos o dejar de fumar? (señala sólo una respuesta)

- nunca he fumado
- he dejado de fumar
- he fumado menos
- sí he intentado ambos (fumar menos y dejarlo)
- sí, intenté dejarlo
- sí, intenté fumar menos
- no, nunca intenté fumar menos ni dejarlo

12 ¿Piensas dejarlo? (marca sólo una respuesta)

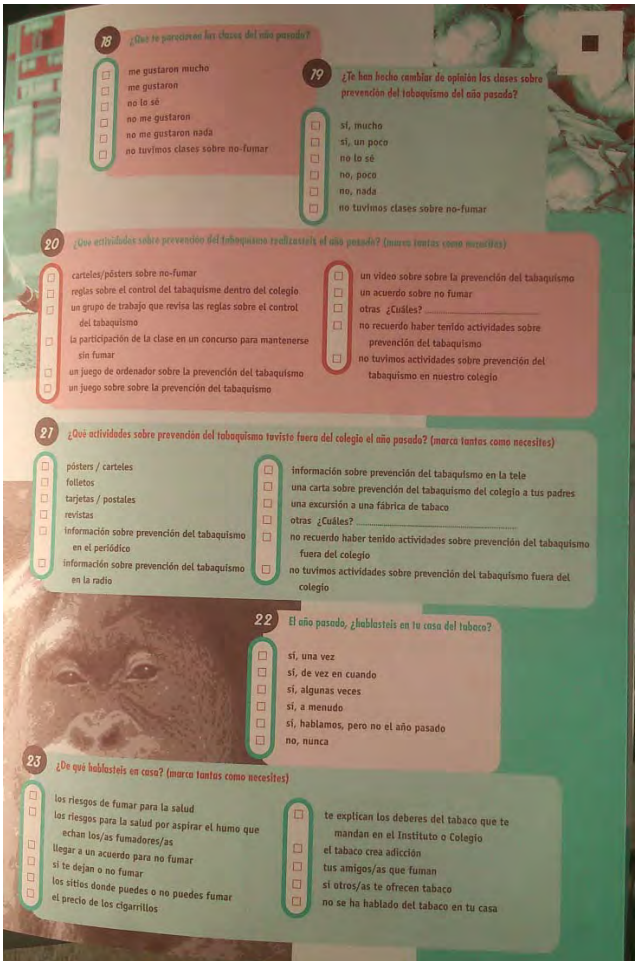
- no fumo
- quiero dejarlo en el próximo mes
- quiero dejarlo en los próximos 6 meses
- quiero dejarlo en el próximo año
- quiero dejarlo en los próximos 5 años
- quiero dejarlo alguna vez, pero no en los próximos 5 años
- no, no quiero dejarlo

10 Algunas preguntas sobre tu Instituto o Colegio y tu casa

	sí, en cualquiera	sí, en algunas	no	no lo sé
1 ¿Se puede fumar en la biblioteca o salas de estudio?				
2 ¿Se puede fumar en la cafetería o en el comedor?				
3 ¿Se puede fumar en el hall de entrada, pasillos, o escaleras del Instituto o Colegio?				
4 ¿Se puede fumar fuera en el patio de tu Instituto o Colegio?				

	sí, en todas	sí, en algunas	no	no lo sé
5 ¿Se puede fumar en las clases?				

	sí	no	no lo sé
6 ¿Se puede fumar en los servicios o lavabos de tu Instituto o Colegio?			
7 ¿Puedes comprar cigarrillos en tu Instituto o Colegio?			
8 ¿Puedes comprar cigarrillos cerca de tu Instituto o Colegio (una o dos calles alrededor)?			
9 ¿Puedes fumar en tu casa, si tu quieres?			



18 ¿Qué te parecieron las clases del año pasado?

- me gustaron mucho
- me gustaron
- no lo sé
- no me gustaron
- no me gustaron nada
- no tuvimos clases sobre no-fumar

19 ¿Te han hecho cambiar de opinión las clases sobre prevención del tabaquismo del año pasado?

- sí, mucho
- sí, un poco
- no lo sé
- no, poco
- no, nada
- no tuvimos clases sobre no-fumar

20 ¿Qué actividades sobre prevención del tabaquismo realizasteis el año pasado? (marca tantas como necesites)

- carteles/pósters sobre no-fumar
- reglas sobre el control del tabaquisme dentro del colegio
- un grupo de trabajo que revisa las reglas sobre el control del tabaquismo
- la participación de la clase en un concurso para mantenerse sin fumar
- un juego de ordenador sobre la prevención del tabaquismo
- un juego sobre sobre la prevención del tabaquismo
- un video sobre sobre la prevención del tabaquismo
- un acuerdo sobre no fumar
- otras ¿Cuáles? .....
- no recuerdo haber tenido actividades sobre prevención del tabaquismo
- no tuvimos actividades sobre prevención del tabaquismo en nuestro colegio

21 ¿Qué actividades sobre prevención del tabaquismo tuviste fuera del colegio el año pasado? (marca tantas como necesites)

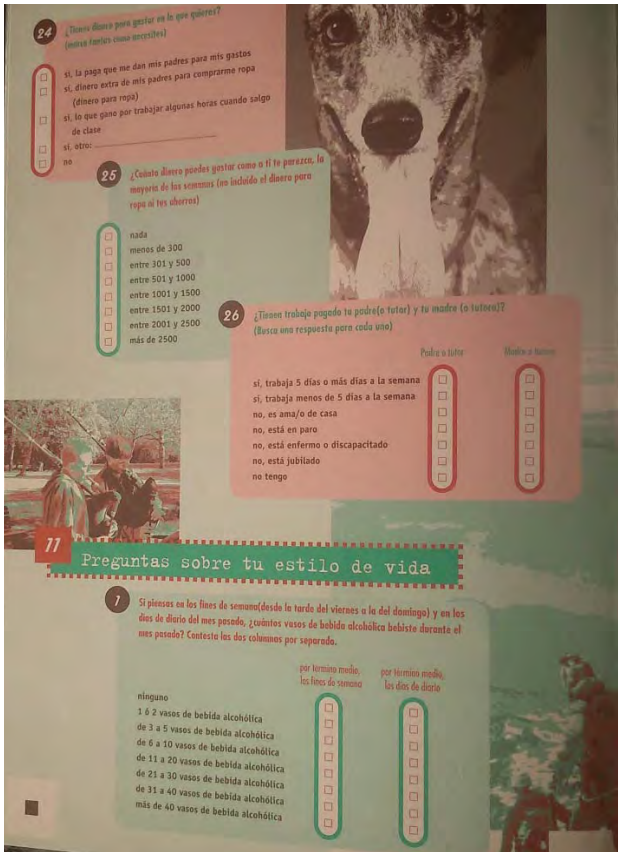
- pósters / carteles
- folletos
- tarjetas / postales
- revistas
- información sobre prevención del tabaquismo en el periódico
- información sobre prevención del tabaquismo en la radio
- información sobre prevención del tabaquismo en la tele
- una carta sobre prevención del tabaquismo del colegio a tus padres
- una excursión a una fábrica de tabaco
- otras ¿Cuáles? .....
- no recuerdo haber tenido actividades sobre prevención del tabaquismo fuera del colegio
- no tuvimos actividades sobre prevención del tabaquismo fuera del colegio

22 El año pasado, ¿hablasteis en tu casa del tabaco?

- sí, una vez
- sí, de vez en cuando
- sí, algunas veces
- sí, a menudo
- sí, hablamos, pero no el año pasado
- no, nunca

23 ¿De qué hablasteis en casa? (marca tantas como necesites)

- los riesgos de fumar para la salud
- los riesgos para la salud por aspirar el humo que echan los/as fumadores/as
- llegar a un acuerdo para no fumar
- si te dejan o no fumar
- los sitios donde puedes o no puedes fumar
- el precio de los cigarrillos
- te explican los deberes del tabaco que te mandan en el Instituto o Colegio
- el tabaco crea adicción
- tus amigos/as que fuman
- si otros/as te ofrecen tabaco
- no se ha hablado del tabaco en tu casa



24 ¿Tienes dinero para gastar en lo que quieres? (marca tantas como necesites)

- sí, la paga que me dan mis padres para mis gastos
- sí, dinero extra de mis padres para comprarme ropa (dinero para ropa)
- sí, lo que gano por trabajar algunas horas cuando salgo de clase
- sí, otro: _____
- no

25 ¿Cuánto dinero puedes gastar como a ti te parezca, la mayoría de las semanas (no incluido el dinero para ropa ni tus ahorros)

- nada
- menos de 300
- entre 301 y 500
- entre 501 y 1000
- entre 1001 y 1500
- entre 1501 y 2000
- entre 2001 y 2500
- más de 2500

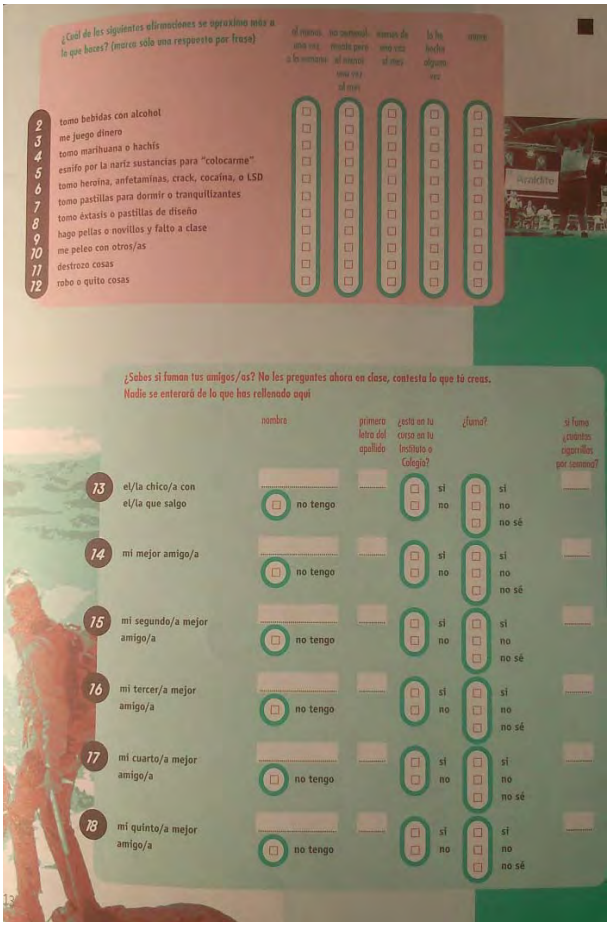
26 ¿Tienen trabajo pagado tu padre(o tutor) y tu madre (o tutora)? (Busca una respuesta para cada uno)

	Padre o tutor	Madre o tutora
sí, trabaja 5 días o más días a la semana	☐	☐
sí, trabaja menos de 5 días a la semana	☐	☐
no, es ama/o de casa	☐	☐
no, está en paro	☐	☐
no, está enfermo o discapacitado	☐	☐
no, está jubilado	☐	☐
no tengo	☐	☐

11 Preguntas sobre tu estilo de vida

7 Si piensas en los fines de semana(desde la tarde del viernes a la del domingo) y en los días de diario del mes pasado, ¿cuántos vasos de bebida alcohólica bebiste durante el mes pasado? Contesta las dos columnas por separado.

	por término medio, los fines de semana	por término medio, los días de diario
ninguno	☐	☐
1 ó 2 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 3 a 5 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 6 a 10 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 11 a 20 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 21 a 30 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 31 a 40 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
más de 40 vasos de bebida alcohólica	☐	☐



¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que haces? (marca sólo una respuesta por frase)

		al menos una vez a la semana	no semanal- mente pero al menos una vez al mes	menos de una vez al mes	la he hecho alguna vez	nunca
2	tomo bebidas con alcohol	☐	☐	☐	☐	☐
3	me juego dinero	☐	☐	☐	☐	☐
4	tomo marihuana o hachís	☐	☐	☐	☐	☐
5	esnifo por la nariz sustancias para "colocarme"	☐	☐	☐	☐	☐
6	tomo heroína, anfetaminas, crack, cocaína, o LSD	☐	☐	☐	☐	☐
7	tomo pastillas para dormir o tranquilizantes	☐	☐	☐	☐	☐
8	tomo éxtasis o pastillas de diseño	☐	☐	☐	☐	☐
9	hago pellas o novillos y falto a clase	☐	☐	☐	☐	☐
10	me peleo con otros/as	☐	☐	☐	☐	☐
11	destrozo cosas	☐	☐	☐	☐	☐
12	robo o quito cosas	☐	☐	☐	☐	☐

¿Sabes si fuman tus amigos/as? No les preguntes ahora en clase, contesta lo que tú creas. Nadie se enterará de lo que has rellenado aquí

		nombre	primera letra del apellido	¿está en tu curso en tu Instituto o Colegio?	¿fuma?	si fuma ¿cuántos cigarrillos por semana?
13	el/la chico/a con el/la que salgo	..... ☐ no tengo	.....	☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	.....
14	mi mejor amigo/a	..... ☐ no tengo	.....	☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	.....
15	mi segundo/a mejor amigo/a	..... ☐ no tengo	.....	☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	.....
16	mi tercer/a mejor amigo/a	..... ☐ no tengo	.....	☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	.....
17	mi cuarto/a mejor amigo/a	..... ☐ no tengo	.....	☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	.....
18	mi quinto/a mejor amigo/a	..... ☐ no tengo	.....	☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	.....

Por favor, marca con qué frecuencia vas a los siguientes sitios (responde para cada lugar)

		una vez por semana o más	al menos una vez cada dos semanas	al menos una vez al mes	menos de una vez al mes	casi nunca	nunca
19	polideportivo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20	salidas a la montaña	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21	grupo juvenil en el Instituto o Colegio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22	grupos de jóvenes en la parroquia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23	otros grupos de jóvenes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24	biblioteca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25	salas de juegos de ordenador	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26	bares o pubs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27	fiestas en casa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28	discoteca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29	restaurantes o cafeterías	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30	cine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31	piscina	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32	tiendas o centro comercial (con los amigos/as)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33	calle (con los amigos)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

34 ¿En qué tres lugares pasas la mayor parte del tiempo libre? Marca tres respuestas solamente, por favor.

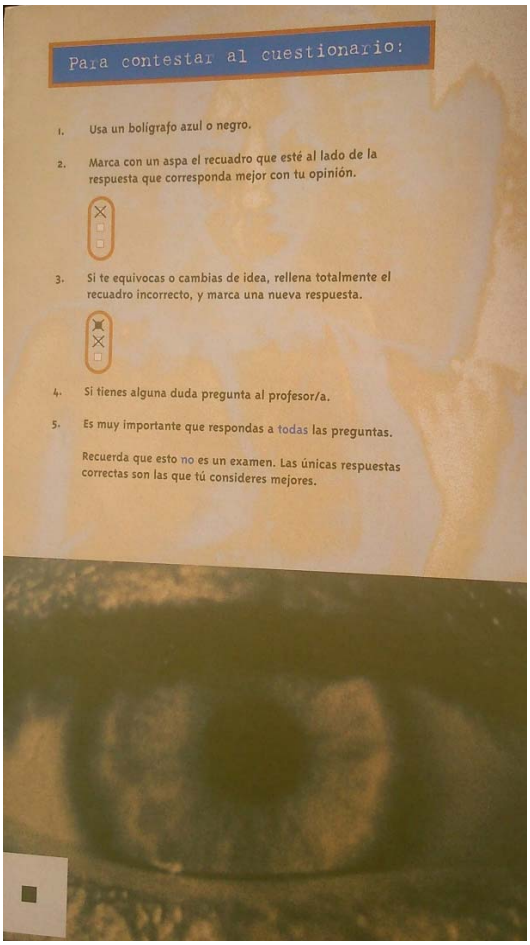
- ☐ en casa
- ☐ en casa de los/as amigos/as
- ☐ en la calle/el campo/el parque
- ☐ en un centro comercial
- ☐ por ahí (bares, cafeterías, discotecas, fiestas)
- ☐ deportes (polideportivos, piscina, etc.)
- ☐ grupos de jóvenes
- ☐ en el trabajo
- ☐ otros: .....

Esta ha sido la última pregunta.

Si te sobra tiempo porque los/as demás no han terminado todavía, puedes hacer el juego de esta página.


Trata de encontrar las palabras siguientes, y completa otra con las letras que no hayas utilizado
ALL SAINTS
BON JOVI
BOYZONE
BRUCE WILLIS
CHEF
CHER
EMILIA
HANSON
MADONNA
MEL C
NAS
OASIS
2PAC
REM
SASH
STEPS
SHOW
TLC
U2
USHER
S P E T S S H O W T H
T L C M A S C L E M N
A L L S A I N T S E E
R F K S Y D N A S M N
E E B O N J O V I I O
H H H A N S O N O L Z
S C U C A P 2 M N I Y
U S I S A O U ! E A O
S I L L I W E C U R B

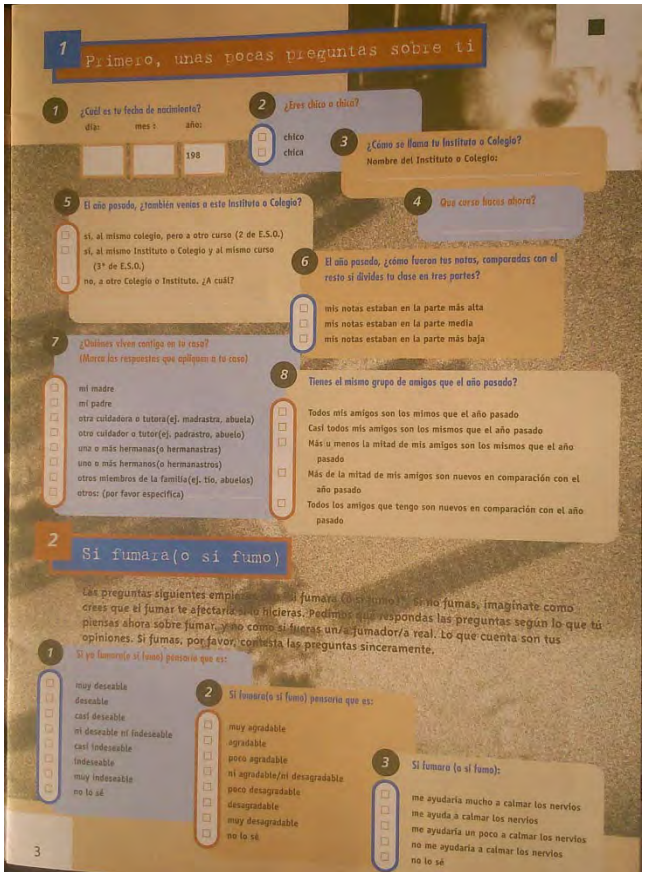

Cuando ya hayas acabado con el cuestionario, por favor, mételo en el sobre y cierra el sobre. El/la profesor/a recogerá todos los sobres y los meterá dentro de otro mayor, y lo cerrará delante de vosotros. Tú profesor/a no verá nunca tus respuestas. El sobre grande se enviará por correo a Holanda para los investigadores.
Gracias por rellenar el cuestionario.
9906132900
Financed with the assistance of the European Community (regulation (EC) No 2427/93)



Para contestar al cuestionario:

1. Usa un bolígrafo azul o negro.
2. Marca con un aspa el recuadro que esté al lado de la respuesta que corresponda mejor con tu opinión.
3. Si te equivocas o cambias de idea, rellena totalmente el recuadro incorrecto, y marca una nueva respuesta.
4. Si tienes alguna duda pregunta al profesor/a.
5. Es muy importante que respondas a todas las preguntas.

Recuerda que esto no es un examen. Las únicas respuestas correctas son las que tú consideres mejores.



1 Primero, unas pocas preguntas sobre ti

1 ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?
día: mes: año: 198

2 ¿Eres chico o chica?
- chico
- chica

3 ¿Cómo se llama tu Instituto o Colegio?
Nombre del Instituto o Colegio:

4 Que curso haces ahora?

5 El año pasado, ¿también venías a este Instituto o Colegio?
- sí, al mismo colegio, pero a otro curso (2 de E.S.O.)
- sí, al mismo Instituto o Colegio y al mismo curso (3º de E.S.O.)
- no, a otro Colegio o Instituto. ¿A cuál?

6 El año pasado, ¿cómo fueron tus notas, comparadas con el resto si divides tu clase en tres partes?
- mis notas estaban en la parte más alta
- mis notas estaban en la parte media
- mis notas estaban en la parte más baja

7 ¿Quienes viven contigo en tu casa?
(Marca las respuestas que apliquen a tu caso)
- mi madre
- mi padre
- otra cuidadora o tutora(ej. madrastra, abuela)
- otro cuidador o tutor(ej. padrastro, abuelo)
- una o más hermanas(o hermanastras)
- uno o más hermanos(o hermanastros)
- otros miembros de la familia(ej. tío, abuelos)
- otros: (por favor especifica)

8 Tienes el mismo grupo de amigos que el año pasado?
- Todos mis amigos son los mismos que el año pasado
- Casi todos mis amigos son los mismos que el año pasado
- Más u menos la mitad de mis amigos son los mismos que el año pasado
- Más de la mitad de mis amigos son nuevos en comparación con el año pasado
- Todos los amigos que tengo son nuevos en comparación con el año pasado

2 Si fumara(o si fumo)

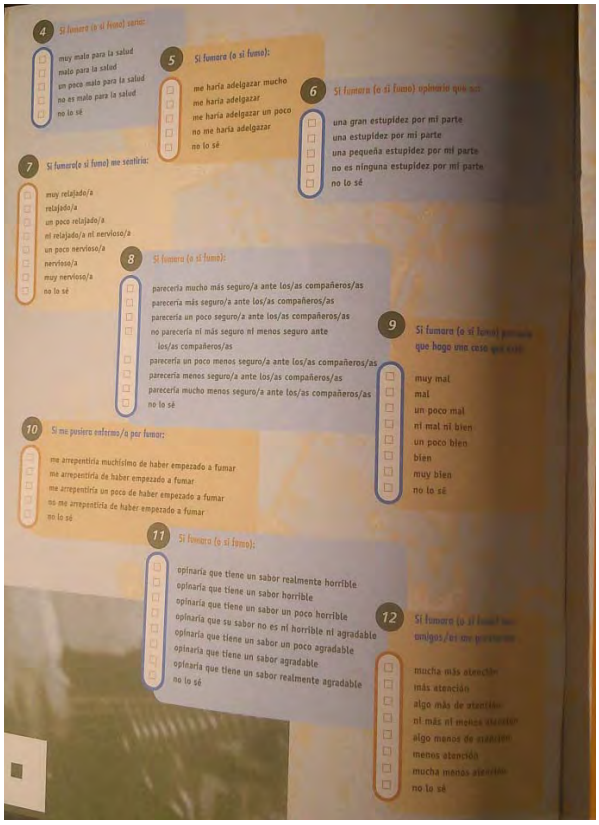
Las preguntas siguientes empiezan con "Si fumara (o si fumo)". Si no fumas, imagínate como cres que el fumar te afectaría si lo hicieras. Pedimos que respondas las preguntas según lo que tu piensas ahora sobre fumar, y no como si fueras un/a fumador/a real. Lo que cuenta son tus opiniones. Si fumas, por favor, contesta las preguntas sinceramente.

1 Si yo fumara(o si fumo) pensaría que es:
- muy deseable
- deseable
- casi deseable
- ni deseable ni indeseable
- casi indeseable
- indeseable
- muy indeseable
- no lo sé

2 Si fumara(o si fumo) pensaría que es:
- muy agradable
- agradable
- poco agradable
- ni agradable/ni desagradable
- poco desagradable
- desagradable
- muy desagradable
- no lo sé

3 Si fumara (o si fumo):
- me ayudaría mucho a calmar los nervios
- me ayuda a calmar los nervios
- me ayudaría un poco a calmar los nervios
- no me ayudaría a calmar los nervios
- no lo sé

3



4 Si fumara (o si fumo) sería:
- muy malo para la salud
- malo para la salud
- un poco malo para la salud
- no es malo para la salud
- no lo sé

5 Si fumara (o si fumo):
- me haría adelgazar mucho
- me haría adelgazar
- me haría adelgazar un poco
- no me haría adelgazar
- no lo sé

6 Si fumara (o si fumo) opinaría que sería
- una gran estupidez por mi parte
- una estupidez por mi parte
- una pequeña estupidez por mi parte
- no es ninguna estupidez por mi parte
- no lo sé

7 Si fumara(o si fumo) me sentiría:
- muy relajado/a
- relajado/a
- un poco relajado/a
- ni relajado/a ni nervioso/a
- un poco nervioso/a
- nervioso/a
- muy nervioso/a
- no lo sé

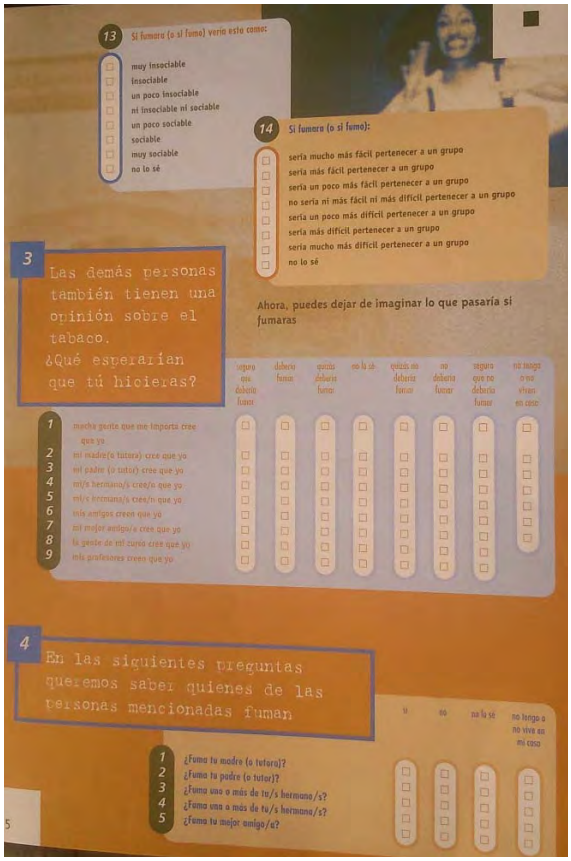
8 Si fumara (o si fumo):
- parecería mucho más seguro/a ante los/as compañeros/as
- parecería más seguro/a ante los/as compañeros/as
- parecería un poco seguro/a ante los/as compañeros/as
- no parecería ni más seguro ni menos seguro ante los/as compañeros/as
- parecería un poco menos seguro/a ante los/as compañeros/as
- parecería menos seguro/a ante los/as compañeros/as
- parecería mucho menos seguro/a ante los/as compañeros/as
- no lo sé

9 Si fumara (o si fumo) pensaría que hago una cosa que está
- muy mal
- mal
- un poco mal
- ni mal ni bien
- un poco bien
- bien
- muy bien
- no lo sé

10 Si me pusiera enfermo/a por fumar:
- me arrepentiría muchísimo de haber empezado a fumar
- me arrepentiría de haber empezado a fumar
- me arrepentiría un poco de haber empezado a fumar
- no me arrepentiría de haber empezado a fumar
- no lo sé

11 Si fumara (o si fumo):
- opinaría que tiene un sabor realmente horrible
- opinaría que tiene un sabor horrible
- opinaría que tiene un sabor un poco horrible
- opinaría que su sabor no es ni horrible ni agradable
- opinaría que tiene un sabor un poco agradable
- opinaría que tiene un sabor agradable
- opinaría que tiene un sabor realmente agradable
- no lo sé

12 Si fumara (o si fumo) los amigos/as me prestarían
- mucha más atención
- más atención
- algo más de atención
- ni más ni menos atención
- algo menos de atención
- menos atención
- mucha menos atención
- no lo sé



13 Si fumara (o si fumo) vería esta como:

- muy insociable
- insociable
- un poco insociable
- ni insociable ni sociable
- un poco sociable
- sociable
- muy sociable
- no lo sé

14 Si fumara (o si fumo):

- sería mucho más fácil pertenecer a un grupo
- sería más fácil pertenecer a un grupo
- sería un poco más fácil pertenecer a un grupo
- no sería ni más fácil ni más difícil pertenecer a un grupo
- sería un poco más difícil pertenecer a un grupo
- sería más difícil pertenecer a un grupo
- sería mucho más difícil pertenecer a un grupo
- no lo sé

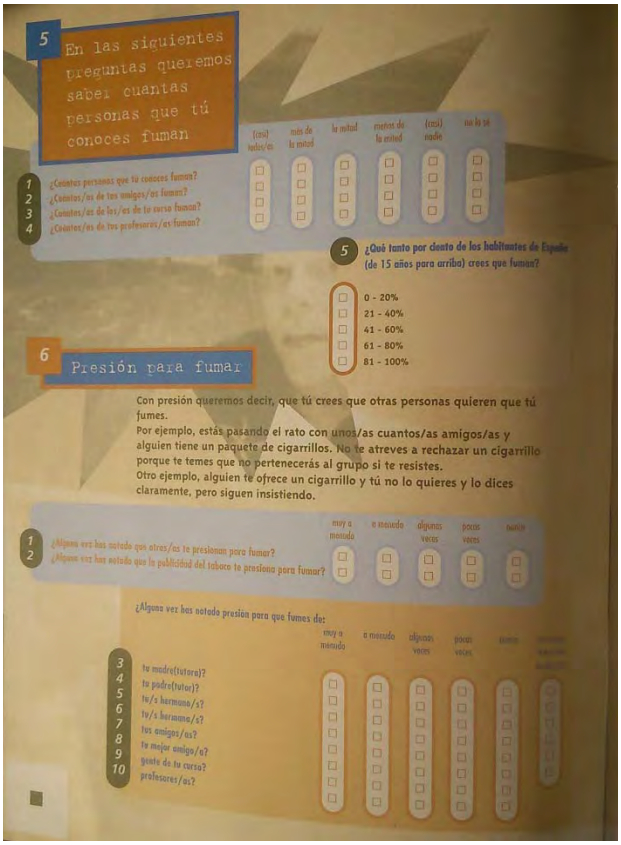
3 Las demás personas también tienen una opinión sobre el tabaco. ¿Qué esperarían que tú hicieras?

Ahora, puedes dejar de imaginar lo que pasaría si fumaras

	seguro que debería fumar	debería fumar	quizás debería fumar	no lo sé	quizás no debería fumar	no debería fumar	seguro que no debería fumar	no tengo o no viven en casa
1 mucha gente que me importa cree que yo								
2 mi madre(o tutora) cree que yo								
3 mi padre (o tutor) cree que yo								
4 mi/s hermano/s cree/n que yo								
5 mi/s hermana/s cree/n que yo								
6 mis amigos creen que yo								
7 mi mejor amigo/a cree que yo								
8 la gente de mi curso cree que yo								
9 mis profesores creen que yo								

4 En las siguientes preguntas queremos saber quienes de las personas mencionadas fuman

	sí	no	no lo sé	no tengo o no vive en mi casa
1 ¿Fuma tu madre (o tutora)?				
2 ¿Fuma tu padre (o tutor)?				
3 ¿Fuma uno o más de tu/s hermano/s?				
4 ¿Fuma una o más de tu/s hermana/s?				
5 ¿Fuma tu mejor amigo/a?				



5 En las siguientes preguntas queremos saber cuantas personas que tú conoces fuman

	(casi) todos/as	más de la mitad	la mitad	menos de la mitad	(casi) nadie	no lo sé
1 ¿Cuantas personas que tú conoces fuman?						
2 ¿Cuantos/as de tus amigos/as fuman?						
3 ¿Cuantos/as de los/as de tu curso fuman?						
4 ¿Cuantos/as de tus profesores/as fuman?						

5 ¿Qué tanto por ciento de los habitantes de España (de 15 años para arriba) crees que fuman?

- 0 - 20%
- 21 - 40%
- 41 - 60%
- 61 - 80%
- 81 - 100%

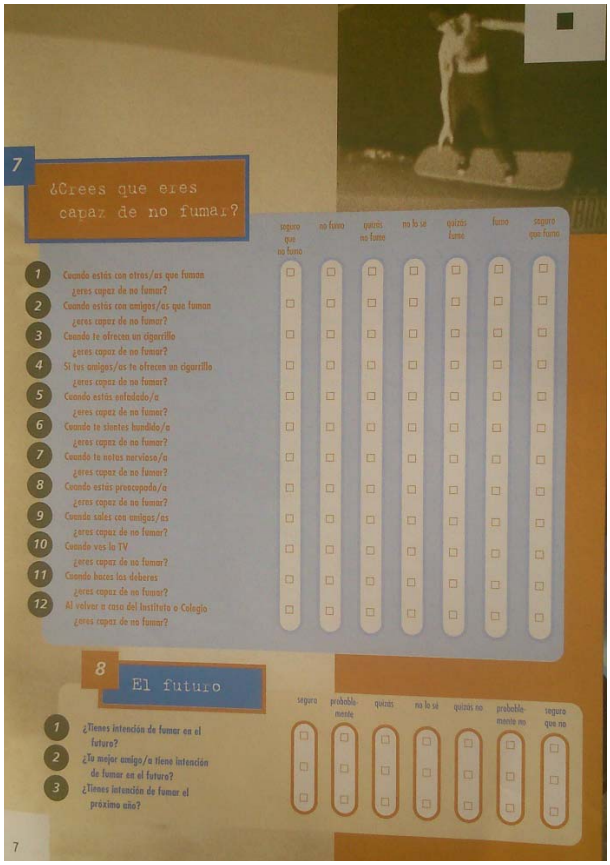
6 Presión para fumar

Con presión queremos decir, que tú crees que otras personas quieren que tú fumes.
Por ejemplo, estás pasando el rato con unos/as cuantos/as amigos/as y alguien tiene un paquete de cigarrillos. No te atreves a rechazar un cigarrillo porque te temes que no pertenecerás al grupo si te resistes.
Otro ejemplo, alguien te ofrece un cigarrillo y tú no lo quieres y lo dices claramente, pero siguen insistiendo.

	muy a menudo	a menudo	algunas veces	pocas veces	nunca
1 ¿Alguna vez has notado que otras/os te presionan para fumar?					
2 ¿Alguna vez has notado que la publicidad del tabaco te presiona para fumar?					

¿Alguna vez has notado presión para que fumes de:

	muy a menudo	a menudo	algunas veces	pocas veces	nunca	no tengo o no vive en mi casa
3 tu madre(tutora)?						
4 tu padre(tutor)?						
5 tu/s hermano/s?						
6 tu/s hermana/s?						
7 tus amigos/as?						
8 tu mejor amigo/a?						
9 gente de tu curso?						
10 profesores/as?						



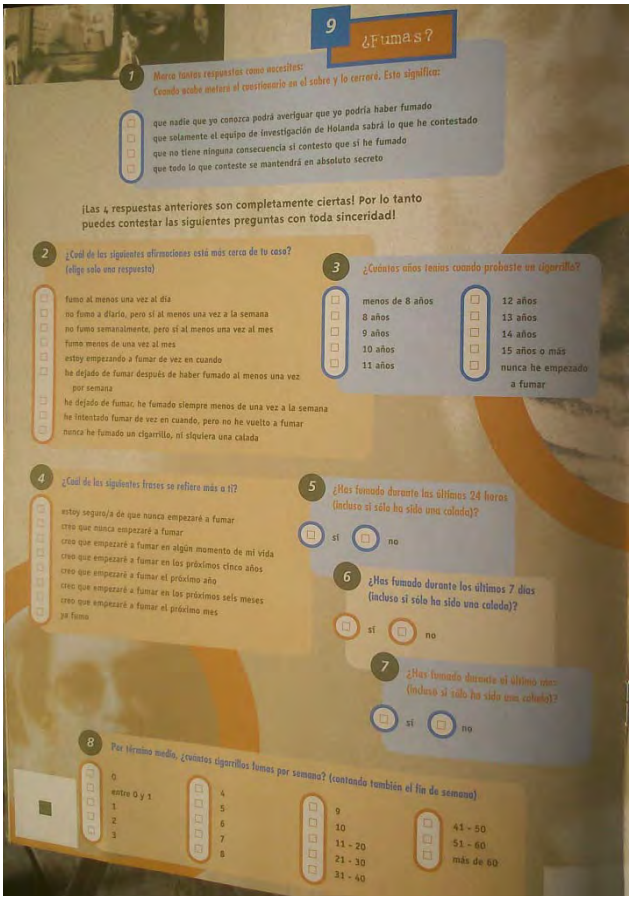
7 ¿Crees que eres capaz de no fumar?

	seguro que no fumo	no fumo	quizás no fumo	no lo sé	quizás fumé	fumo	seguro que fumo
1 Cuando estés con otros/as que fuman ¿eres capaz de no fumar?							
2 Cuando estás con amigos/as que fuman ¿eres capaz de no fumar?							
3 Cuando te ofrecen un cigarrillo ¿eres capaz de no fumar?							
4 Si tus amigos/as te ofrecen un cigarrillo ¿eres capaz de no fumar?							
5 Cuando estás enfadado/a ¿eres capaz de no fumar?							
6 Cuando te sientes hundido/a ¿eres capaz de no fumar?							
7 Cuando te notes nervioso/a ¿eres capaz de no fumar?							
8 Cuando estás preocupado/a ¿eres capaz de no fumar?							
9 Cuando sales con amigos/as ¿eres capaz de no fumar?							
10 Cuando ves la TV ¿eres capaz de no fumar?							
11 Cuando haces los deberes ¿eres capaz de no fumar?							
12 Al volver a casa del Instituto o Colegio ¿eres capaz de no fumar?							

8 El futuro

	seguro	probablemente	quizás	no lo sé	quizás no	probablemente no	seguro que no
1 ¿Tienes intención de fumar en el futuro?							
2 ¿Tu mejor amigo/a tiene intención de fumar en el futuro?							
3 ¿Tienes intención de fumar el próximo año?							

7



9 ¿Fumas?

1 Marca tantas respuestas como necesites: Cuando acabe meteré el cuestionario en el sobre y lo cerraré. Esto significa:

- que nadie que yo conozca podrá averiguar que yo podría haber fumado
- que solamente el equipo de investigación de Holanda sabrá lo que he contestado
- que no tiene ninguna consecuencia si contesto que sí he fumado
- que todo lo que conteste se mantendrá en absoluto secreto

¡Las 4 respuestas anteriores son completamente ciertas! Por lo tanto puedes contestar las siguientes preguntas con toda sinceridad!

2 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones está más cerca de tu caso? (elige solo una respuesta)

- fumo al menos una vez al día
- no fumo a diario, pero sí al menos una vez a la semana
- no fumo semanalmente, pero sí al menos una vez al mes
- fumo menos de una vez al mes
- estoy empezando a fumar de vez en cuando
- he dejado de fumar después de haber fumado al menos una vez por semana
- he dejado de fumar, he fumado siempre menos de una vez a la semana
- he intentado fumar de vez en cuando, pero no he vuelto a fumar
- nunca he fumado un cigarrillo, ni siquiera una calada

3 ¿Cuántos años tenías cuando probaste un cigarrillo?

- menos de 8 años
- 8 años
- 9 años
- 10 años
- 11 años
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años o más
- nunca he empezado a fumar

4 ¿Cuál de las siguientes frases se refiere más a ti?

- estoy seguro/a de que nunca empezaré a fumar
- creo que nunca empezaré a fumar
- creo que empezaré a fumar en algún momento de mi vida
- creo que empezaré a fumar en los próximos cinco años
- creo que empezaré a fumar el próximo año
- creo que empezaré a fumar en los próximos seis meses
- creo que empezaré a fumar el próximo mes
- ya fumo

5 ¿Has fumado durante las últimas 24 horas (incluso si sólo ha sido una calada)?

- sí
- no

6 ¿Has fumado durante los últimos 7 días (incluso si sólo ha sido una calada)?

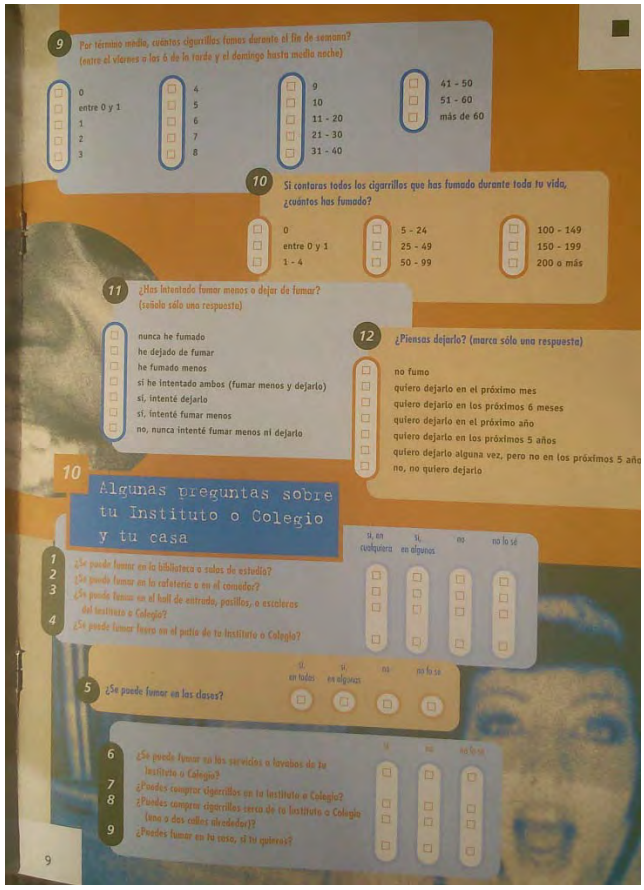
- sí
- no

7 ¿Has fumado durante el último mes (incluso si sólo ha sido una calada)?

- sí
- no

8 Por término medio, ¿cuántos cigarrillos fumas por semana? (contando también el fin de semana)

- 0
- entre 0 y 1
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11 - 20
- 21 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- más de 60



9 Por término medio, cuántos cigarrillos fumas durante el fin de semana? (entre el viernes a las 6 de la tarde y el domingo hasta media noche)

- 0
- entre 0 y 1
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11 - 20
- 21 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- más de 60

10 Si contaras todos los cigarrillos que has fumado durante toda tu vida, ¿cuántos has fumado?

- 0
- entre 0 y 1
- 1 - 4
- 5 - 24
- 25 - 49
- 50 - 99
- 100 - 149
- 150 - 199
- 200 o más

11 ¿Has intentado fumar menos o dejar de fumar? (señala sólo una respuesta)

- nunca he fumado
- he dejado de fumar
- he fumado menos
- si he intentado ambos (fumar menos y dejarlo)
- sí, intenté dejarlo
- sí, intenté fumar menos
- no, nunca intenté fumar menos ni dejarlo

12 ¿Piensas dejarlo? (marca sólo una respuesta)

- no fumo
- quiero dejarlo en el próximo mes
- quiero dejarlo en los próximos 6 meses
- quiero dejarlo en el próximo año
- quiero dejarlo en los próximos 5 años
- quiero dejarlo alguna vez, pero no en los próximos 5 años
- no, no quiero dejarlo

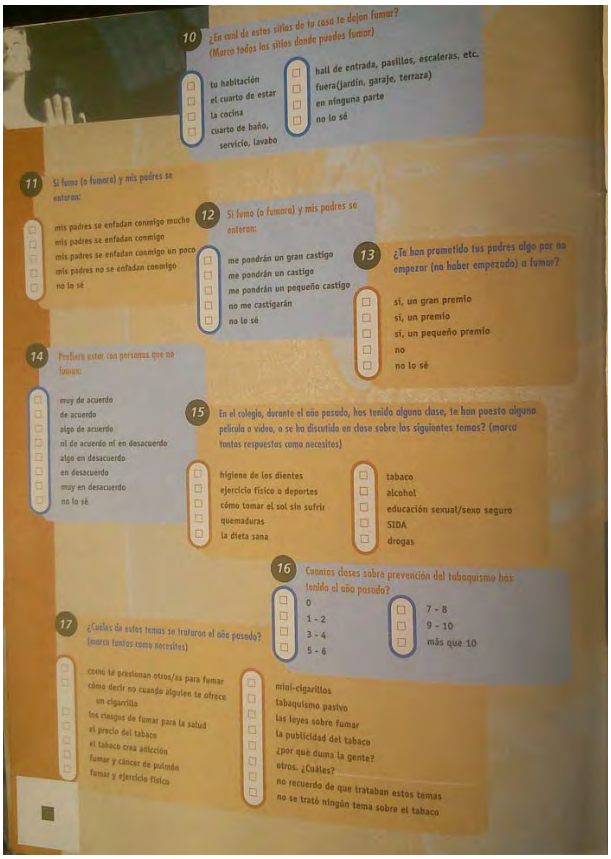
10 Algunas preguntas sobre tu Instituto o Colegio y tu casa

	sí, en cualquiera	sí, en algunos	no	no lo sé
1 ¿Se puede fumar en la biblioteca o salas de estudio?				
2 ¿Se puede fumar en la cafetería o en el comedor?				
3 ¿Se puede fumar en el hall de entrada, pasillos, o escaleras del instituto o Colegio?				
4 ¿Se puede fumar fuera en el patio de tu instituto o Colegio?				

	sí, en todas	sí, en algunas	no	no lo sé
5 ¿Se puede fumar en las clases?				

	sí	no	no lo sé
6 ¿Se puede fumar en los servicios o lavabos de tu Instituto o Colegio?			
7 ¿Puedes comprar cigarrillos en tu Instituto o Colegio?			
8 ¿Puedes comprar cigarrillos cerca de tu Instituto o Colegio (una o dos calles alrededor)?			
9 ¿Puedes fumar en tu casa, si tu quieres?			

9



10 ¿En cual de estos sitios de tu casa te dejan fumar? (Marca todos los sitios donde puedes fumar)

- tu habitación
- el cuarto de estar
- la cocina
- cuarto de baño, servicio, lavabo
- hall de entrada, pasillos, escaleras, etc.
- fuera(jardín, garaje, terraza)
- en ninguna parte
- no lo sé

11 Si fumo (o fumara) y mis padres se enteran:

- mis padres se enfadan conmigo mucho
- mis padres se enfadan conmigo
- mis padres se enfadan conmigo un poco
- mis padres no se enfadan conmigo
- no lo sé

12 Si fumo (o fumara) y mis padres se enteran:

- me pondrán un gran castigo
- me pondrán un castigo
- me pondrán un pequeño castigo
- no me castigarán
- no lo sé

13 ¿Te han prometido tus padres algo por no empezar (no haber empezado) a fumar?

- sí, un gran premio
- sí, un premio
- sí, un pequeño premio
- no
- no lo sé

14 Prefiero estar con personas que no fumen:

- muy de acuerdo
- de acuerdo
- algo de acuerdo
- ni de acuerdo ni en desacuerdo
- algo en desacuerdo
- en desacuerdo
- muy en desacuerdo
- no lo sé

15 En el colegio, durante el año pasado, has tenido alguna clase, te han puesto alguna película o video, o se ha discutido en clase sobre los siguientes temas? (marca tantas respuestas como necesites)

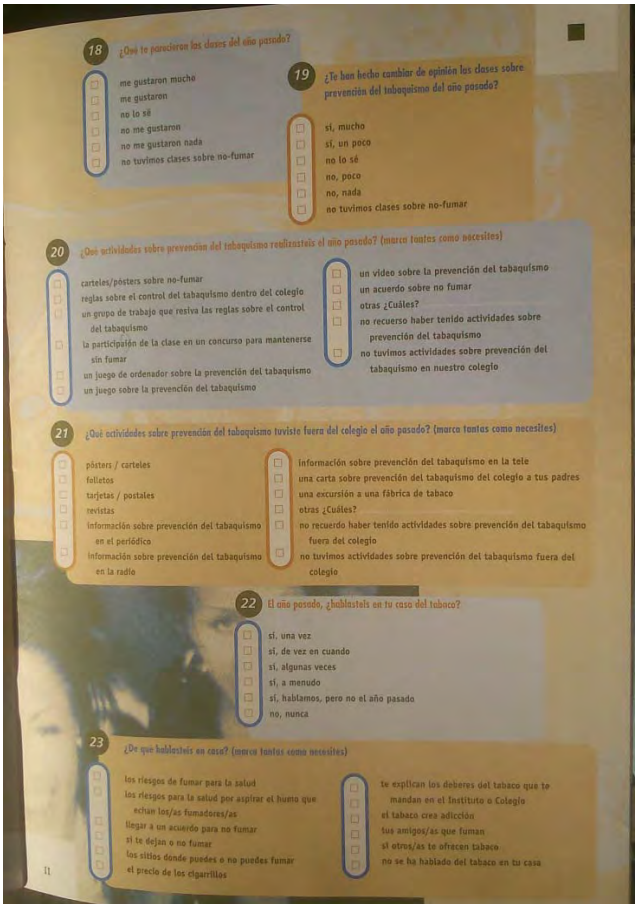
- higiene de los dientes
- ejercicio físico o deportes
- cómo tomar el sol sin sufrir quemaduras
- la dieta sana
- tabaco
- alcohol
- educación sexual/sexo seguro
- SIDA
- drogas

16 Cuantas clases sobre prevención del tabaquismo has tenido el año pasado?

- 0
- 1 - 2
- 3 - 4
- 5 - 6
- 7 - 8
- 9 - 10
- más que 10

17 ¿Cuáles de estos temas se trataron el año pasado? (marca tantas como necesites)

- como te presionan otros/as para fumar
- cómo decir no cuando alguien te ofrece un cigarrillo
- los riesgos de fumar para la salud
- el precio del tabaco
- el tabaco crea adicción
- fumar y cáncer de pulmón
- fumar y ejercicio físico
- mini-cigarillos
- tabaquismo pasivo
- las leyes sobre fumar
- la publicidad del tabaco
- ¿por qué fuma la gente?
- otros. ¿Cuáles?
- no recuerdo de que trataban estos temas
- no se trató ningún tema sobre el tabaco



18 ¿Qué te parecieron las clases del año pasado?

- me gustaron mucho
- me gustaron
- no lo sé
- no me gustaron
- no me gustaron nada
- no tuvimos clases sobre no-fumar

19 ¿Te han hecho cambiar de opinión las clases sobre prevención del tabaquismo del año pasado?

- sí, mucho
- sí, un poco
- no lo sé
- no, poco
- no, nada
- no tuvimos clases sobre no-fumar

20 ¿Qué actividades sobre prevención del tabaquismo realizasteis el año pasado? (marca tantas como necesites)

- carteles/pósters sobre no-fumar
- reglas sobre el control del tabaquismo dentro del colegio
- un grupo de trabajo que resiva las reglas sobre el control del tabaquismo
- la participisión de la clase en un concurso para mantenerse sin fumar
- un juego de ordenador sobre la prevención del tabaquismo
- un juego sobre la prevención del tabaquismo
- un video sobre la prevención del tabaquismo
- un acuerdo sobre no fumar
- otras ¿Cuáles?
- no recuerso haber tenido actividades sobre prevención del tabaquismo
- no tuvimos actividades sobre prevención del tabaquismo en nuestro colegio

21 ¿Qué actividades sobre prevención del tabaquismo tuviste fuera del colegio el año pasado? (marca tantas como necesites)

- pósters / carteles
- folletos
- tarjetas / postales
- revistas
- información sobre prevención del tabaquismo en el periódico
- información sobre prevención del tabaquismo en la radio
- información sobre prevención del tabaquismo en la tele
- una carta sobre prevención del tabaquismo del colegio a tus padres
- una excursión a una fábrica de tabaco
- otras ¿Cuáles?
- no recuerdo haber tenido actividades sobre prevención del tabaquismo fuera del colegio
- no tuvimos actividades sobre prevención del tabaquismo fuera del colegio

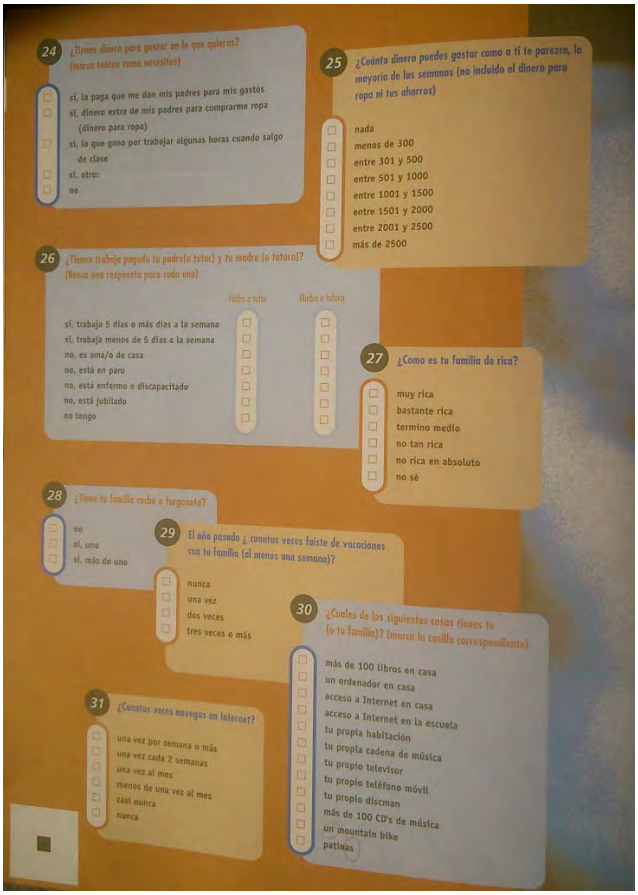
22 El año pasado, ¿hablasteis en tu casa del tabaco?

- sí, una vez
- sí, de vez en cuando
- sí, algunas veces
- sí, a menudo
- sí, hablamos, pero no el año pasado
- no, nunca

23 ¿De que hablasteis en casa? (marca tantas como necesites)

- los riesgos de fumar para la salud
- los riesgos para la salud por aspirar el humo que echan los/as fumadores/as
- llegar a un acuerdo para no fumar
- si te dejan o no fumar
- los sitios donde puedes o no puedes fumar
- el precio de los cigarrillos
- te explican los deberes del tabaco que te mandan en el Instituto o Colegio
- el tabaco crea adicción
- tus amigos/as que fuman
- si otros/as te ofrecen tabaco
- no se ha hablado del tabaco en tu casa

11



24 ¿Tienes dinero para gastar en lo que quieras? (marca tantas como necesites)

- sí, la paga que me dan mis padres para mis gastos
- sí, dinero extra de mis padres para comprarme ropa (dinero para ropa)
- sí, lo que gano por trabajar algunas horas cuando salgo de clase
- sí, otro:
- no

25 ¿Cuánto dinero puedes gastar como a ti te parezca, la mayoría de las semanas (no incluido el dinero para ropa ni tus ahorros)

- nada
- menos de 300
- entre 301 y 500
- entre 501 y 1000
- entre 1001 y 1500
- entre 1501 y 2000
- entre 2001 y 2500
- más de 2500

26 ¿Tienen trabajo pagado tu padre(o tutor) y tu madre (o tutora)? (Busca una respuesta para cada uno)

	Padre o tutor	Madre o tutora
sí, trabaja 5 días o más días a la semana		
sí, trabaja menos de 5 días a la semana		
no, es ama/o de casa		
no, está en paro		
no, está enfermo o discapacitado		
no, está jubilado		
no tengo		

27 ¿Como es tu familia de rica?

- muy rica
- bastante rica
- termino medio
- no tan rica
- no rica en absoluto
- no sé

28 ¿Tiene tu familia coche o furgoneta?

- no
- sí, uno
- sí, más de uno

29 El año pasado ¿ cuantas veces fuiste de vacaciones con tu familia (al menos una semana)?

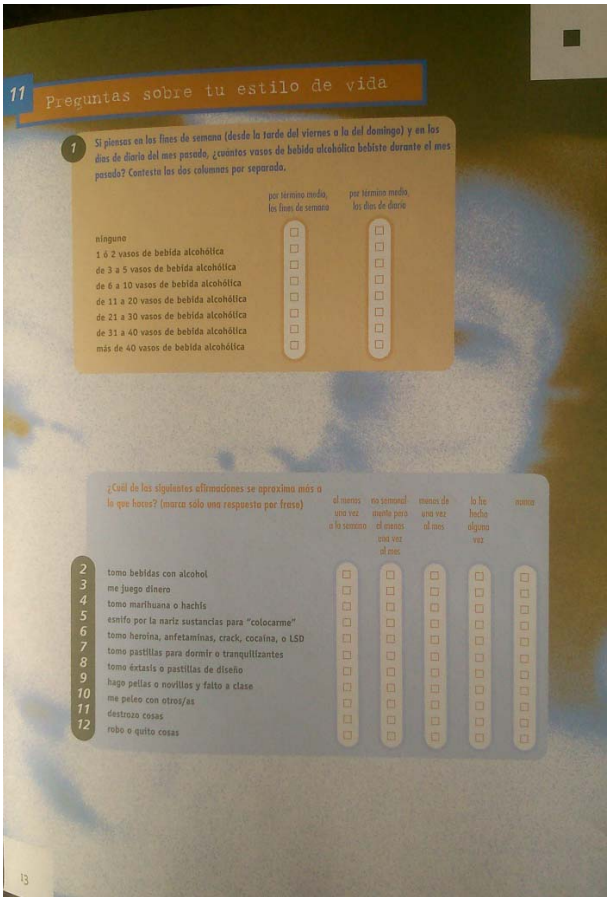
- nunca
- una vez
- dos veces
- tres veces o más

30 ¿Cuales de los siguientes cosas tienes tu (o tu familia)? (marca la casilla correspondiente)

- más de 100 libros en casa
- un ordenador en casa
- acceso a Internet en casa
- acceso a Internet en la escuela
- tu propia habitación
- tu propia cadena de música
- tu propio televisor
- tu propio teléfono móvil
- tu propio discman
- más de 100 CD's de música
- un mountain bike
- patinas

31 ¿Cuantas veces navegas en Internet?

- una vez por semana o más
- una vez cada 2 semanas
- una vez al mes
- menos de una vez al mes
- casi nunca
- nunca



11 Preguntas sobre tu estilo de vida

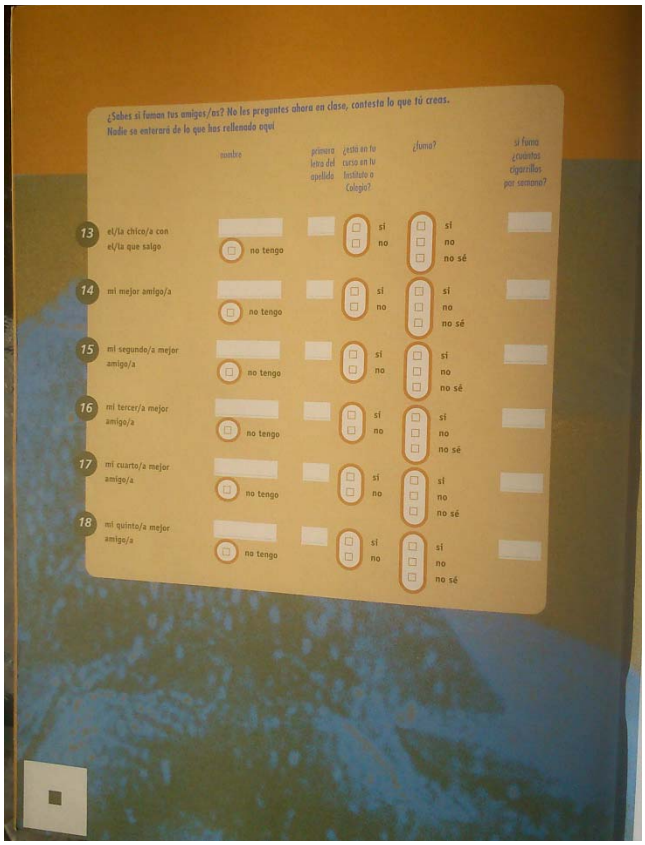
1 Si piensas en los fines de semana (desde la tarde del viernes a la del domingo) y en los días de diario del mes pasado, ¿cuantos vasos de bebida alcohólica bebiste durante el mes pasado? Contesta las dos columnas por separado.

	por término medio, los fines de semana	por término medio, los días de diario
ninguno	☐	☐
1 ó 2 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 3 a 5 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 6 a 10 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 11 a 20 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 21 a 30 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
de 31 a 40 vasos de bebida alcohólica	☐	☐
más de 40 vasos de bebida alcohólica	☐	☐

¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a la que haces? (marca sólo una respuesta por frase)

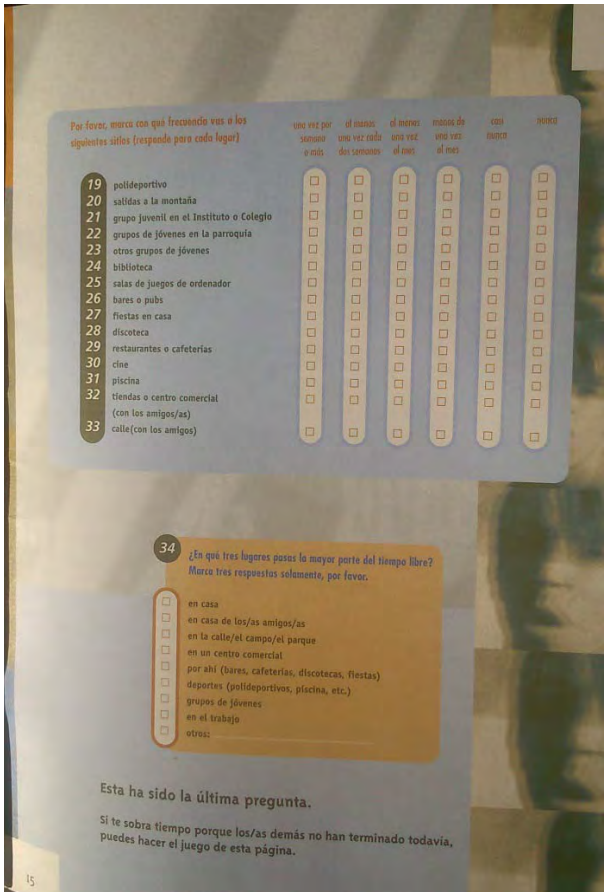
		al menos una vez a la semana	no semanal mente pero al menos una vez al mes	menos de una vez al mes	lo he hecho alguna vez	nunca
2	tomo bebidas con alcohol	☐	☐	☐	☐	☐
3	me juego dinero	☐	☐	☐	☐	☐
4	tomo marihuana o hachís	☐	☐	☐	☐	☐
5	esnifo por la nariz sustancias para "colocarme"	☐	☐	☐	☐	☐
6	tomo heroína, anfetaminas, crack, cocaína, o LSD	☐	☐	☐	☐	☐
7	tomo pastillas para dormir o tranquilizantes	☐	☐	☐	☐	☐
8	tomo éxtasis o pastillas de diseño	☐	☐	☐	☐	☐
9	hago pellas o novillos y falto a clase	☐	☐	☐	☐	☐
10	me peleo con otros/as	☐	☐	☐	☐	☐
11	destrozo cosas	☐	☐	☐	☐	☐
12	robo o quito cosas	☐	☐	☐	☐	☐

13



¿Sabes si fuman tus amigos/as? No les preguntes ahora en clase, contesta lo que tú creas. Nadie se enterará de lo que has rellenado aquí

	nombre	primera letra del apellido	¿está en tu curso en tu Instituto o Colegio?	¿fuma?	si fuma ¿cuántos cigarrillos por semana?
13 el/la chico/a con el/la que salgo	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	
14 mi mejor amigo/a	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	
15 mi segundo/a mejor amigo/a	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	
16 mi tercer/a mejor amigo/a	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	
17 mi cuarto/a mejor amigo/a	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	
18 mi quinto/a mejor amigo/a	☐ no tengo		☐ sí ☐ no	☐ sí ☐ no ☐ no sé	



Por favor, marca con qué frecuencia vas a los siguientes sitios (responde para cada lugar)

		una vez por semana o más	al menos una vez cada dos semanas	al menos una vez al mes	menos de una vez al mes	casi nunca	nunca
19	polideportivo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20	salidas a la montaña	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21	grupo juvenil en el Instituto o Colegio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22	grupos de jóvenes en la parroquia	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23	otros grupos de jóvenes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24	biblioteca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25	salas de juegos de ordenador	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26	bares o pubs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27	fiestas en casa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28	discoteca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29	restaurantes o cafeterías	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30	cine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31	piscina	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32	tiendas o centro comercial (con los amigos/as)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33	calle(con los amigos)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

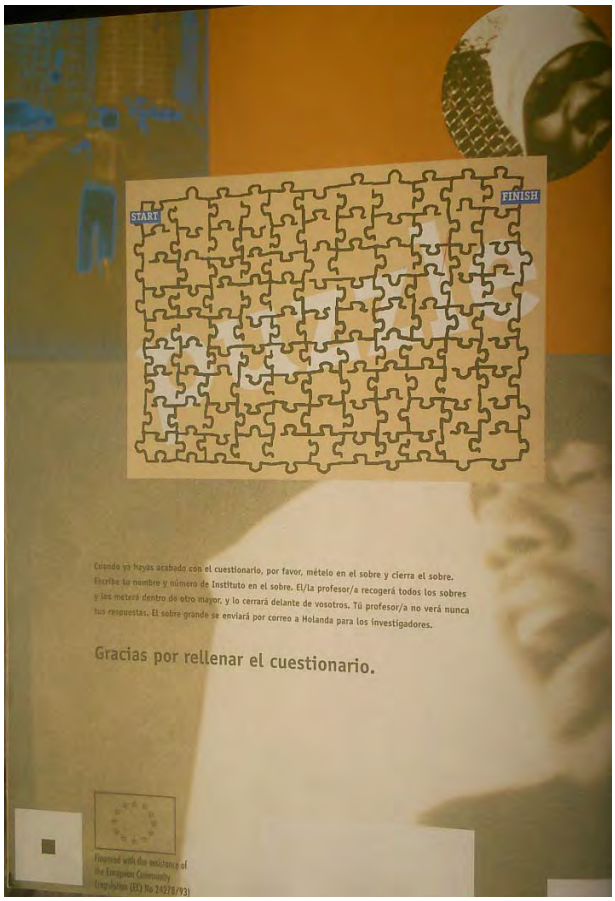
34 ¿En qué tres lugares pasas la mayor parte del tiempo libre? Marca tres respuestas solamente, por favor.

- ☐ en casa
- ☐ en casa de los/as amigos/as
- ☐ en la calle/el campo/el parque
- ☐ en un centro comercial
- ☐ por ahí (bares, cafeterías, discotecas, fiestas)
- ☐ deportes (polideportivos, piscina, etc.)
- ☐ grupos de jóvenes
- ☐ en el trabajo
- ☐ otros: _____

Esta ha sido la última pregunta.

Si te sobra tiempo porque los/as demás no han terminado todavía, puedes hacer el juego de esta página.

15



Cuando ya hayas acabado con el cuestionario, por favor, mételo en el sobre y cierra el sobre. Escribe tu nombre y número de Instituto en el sobre. El/la profesor/a recogerá todos los sobres y los meterá dentro de otro mayor, y lo cerrará delante de vosotros. Tú profesor/a no verá nunca tus respuestas. El sobre grande se enviará por correo a Holanda para los investigadores.

Gracias por rellenar el cuestionario.

Financed with the assistance of the European Community Regulation (EC) No 2427/93

CUESTIONARIO T4 PARA LA ÚLTIMA MEDIDA.

¿Qué piensas sobre el fumar?

¿Tienes el mismo grupo de amigos que hace seis meses?

- Todos mis amigos son los mismos que hace meses.
- La mayoría de mis amigos son los mismos que hace seis meses.
- Aproximadamente la mitad de mis amigos son los mismos que hace seis meses.
- Más de la mitad de mis amigos son nuevos comparados con los de hace seis meses.
- Todos mis amigos son nuevos, comparados con los de hace seis meses.

Durante este año escolar has tenido sesiones, vídeos, o discusiones en clase sobre los siguientes temas?

- ¿Cuántas sesiones sobre el fumar has tenido este año escolar?
- ¿Cuál es tu opinión general sobre las sesiones de no fumar de este año?
- ¿Qué actividades de no fumar has observado en el colegio este año?
- ¿Qué actividades de no fumar has observado fuera del colegio este año?
- Durante este año, ¿has hablado con alguien en casa de fumar?

1. Si quisieras, ¿cómo sería de difícil para ti comprar cigarrillos en los estancos, bares o kioscos?
   - Muy difícil
   - Bastante difícil
   - No lo sé
   - Bastante fácil
   - Muy fácil
2. Si quisieras, ¿cómo sería de difícil para ti conseguir cigarrillos de las máquinas de cigarrillos?
   - Muy difícil
   - Bastante difícil
   - No lo sé
   - Bastante fácil
   - Muy fácil
3. ¿Te han pedido el D.N.I. para comprobar tu edad cuando intentabas comprar cigarrillos?
   - Sí, a menudo
   - Sí, algunas veces

- No, nunca
- Nunca he intentado comprar cigarrillos

1. ¿Cuál es tu opinión general sobre las actividades de no fumar que has tenido en los últimos tres años?
    - Me lo he pasado muy bien
    - Me lo he pasado bien
    - No lo sé
    - No me lo he pasado bien
    - No me lo he pasado nada bien en absoluto
    - No he tenido ninguna actividad de no fumar en los últimos tres años.
2. ¿crees que las actividades de no fumar de los tres últimos años han cambiado tus opiniones sobre el fumar?
    - Sí, bastante
    - Sí, un poco
    - No lo sé
    - No, no del todo
    - No he tenido ninguna actividad de no fumar en los últimos tres años
3. ¿La actividades de no fumar de los últimos tres años han influido en tu decisión de no fumar?
    - Sí, bastante
    - Sí, un poco
    - No lo sé
    - No, no del todo
    - No he tenido ninguna actividad de no fumar en los últimos tres años
4. ¿La norma de no fumar en el colegio se ha puesto más estricta en los últimos tres años?
    - Sí, bastante
    - Sí, un poco
    - No lo sé
    - No, no del todo
5. ¿Es posible para ti fumar en el colegio? Si tú puedes elegir
    - Claramente no es posible
    - Probablemente no es posible
    - No lo sé
    - Probablemente es posible
    - Claramente es posible

Las siguientes seis preguntas son para fumadores (fumar al menos una vez a la semana). Los no fumadores pueden ir al capítulo 5.

1. ¿Tú inhalas (aspiras el humo)?

- Siempre
- Con bastante frecuencia
- Rara vez
- Nunca

2. Desde que te levantas, ¿cuándo te fumas tu primer cigarrillo?

- Antes de los 30 primeros minutos desde que me levanto
- Más tarde de los 30 minutos después de levantarme pero antes del mediodía
- Por la tarde
- Por la noche

Sí, bastante

Sí, un poco

No lo sé

No, no del todo

3.¿A qué cigarrillo odiarías tener que renunciar?

- Al primero de la mañana
- A cualquier otro de antes del mediodía
- A cualquier otro de por la tarde
- A cualquier otro de por la noche

4. ¿Te parece difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido (iglesias, bibliotecas, cines, etc.)?
   - Sí, muy difícil
   - Sí, algo difícil
   - No, no difícil normalmente
   - No, no difícil en absoluto

5. ¿Fumas cuando estás tan enfermo que estás en la cama la mayor parte del día?
   - Sí, siempre
   - Sí, con bastante frecuencia
   - No, no normalmente
   - No, nunca

6. ¿Fumas más durante las primeras dos horas del día que durante el resto del día?
   - Sí
   - No

¿Con qué frecuencia has estado preocupado por cada uno de los siguientes estados durante el año pasado?

Sentirme demasiado cansado para hacer cosas

- Nunca

- Casi nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Tener dificultad para empezar a dormir o seguir durmiendo

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Sentirme poco contento, triste o deprimido

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Sentirme pesimista sobre el futuro

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Sentirme nervioso o tenso

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

Preocupado por cosas

- Nunca
- Casi nunca
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre

2.11. Propuesta del Plan de Actuación y del cronograma-calendario

PROPUESTA DE PLAN DE ACTUACIÓN Y CALENDARIO. ESFA 1999/2000.

NIVEL	ACTIVIDAD	FECHAS	RESPONSABLE
Todos	Boletín 5	Septiembre	ORCO
Todos	Evaluación de proceso	Septiembre	ORCO + Expertos
Todos	Elaboración de resultados	Septiembre	ORCO
Todos	Informe de resultados	Septiembre	ORCO
Todos	Materiales	Septiembre	ORCO
Todos	Personalizar los códigos	Septiembre	ORCO
Escolar	Certificados para profesores participantes	Septiembre	Educación + ORCO
Escolar	Primer contacto con los centros	Septiembre	Educación + ORCO
Escolar	Reunión con SCP	Octubre	Educación + ORCO
Individual	Distribución y aplicación de cuestionarios 99	25 de Octubre-19 de Noviembre	Educación + ORCO
Escolar	Aplicación Process Evaluation SCP	Octubre	Educación + ORCO

Escolar/Comunitario	Distribución Boletín/es	Octubre	Educación + ORCO
Escolar	Devolución de información de resultados	Octubre	Educación + ORCO
Individual	Recogida y envío a Holanda de cuestionarios 99	Diciembre	Educación + ORCO
Escolar	Nombrar responsable escolar del ESFA (SCP)	Octubre	Educación + ORCO
Escolar	Deshabituación para profesores	Noviembre99-Noviembre2000	Educación + ORCO
Individual	Intervención 2 sesiones por aula	Febrero-Marzo	Educación + Salud
Familiar	Actividad/jornada para padres	Mayo	Educación + Salud +Ayuntamiento
Comunitario	Actividad/jornada para mediadores	Mayo	Educación +Ayuntamiento
Todos	Edición de materiales	Diciembre 99	Educación
Todos	Elaborar publicaciones (Internac/Nacional)		

PROPOUSAL FOR ACTUACTION PLAN AND CALENDAR. ESFA 1999/2000.

LEVEL	ACTIVITY	DATE	RESPONSIBLE
All	Newsletter 5	September-October	ORCO
All	Process Evaluation o	September-October	ORCO + Experts
All	Elaboration of results	September-October	ORCO
All	Report of results	September-October	ORCO
All	Materials	September-October	ORCO
Individual	Name+codenumber	September-October	ORCO
School	Certificates for teachers	September-October	Education + ORCO
School	First contact with schools	September-October	Education + ORCO
School	Meeting with SCP	October	Education + ORCO
Individual	Distribution and application of Q 99	October 25th – November 19th	Education + ORCO
School	Process Evaluation Application SCP	October-November	Education + ORCO
School/Community	Distribution Boletín/es	October-November	Education + ORCO
School	Devolution of information	October-November	Education + ORCO
Individual	Collection and sending Q 99 to Holland	December	Education + ORCO
School	Nominate a School responsible for ESFA (SCP)	October	Education + ORCO
School	Cessation for teachers	November 1999-November 2000	Education + ORCO
Individual	2 lessons	February-March	Education + Health
Familiar	Activity for parents	May	Education + City council
Community	Activity/conference for social intermediates	Mayo	Education + City council + Health
All	Edition of materials	December 99	Education
All	Elaboration publications (Internat/National)		

2.12. Las publicaciones en ESFA Newsletter-Boletín ESFA-Madrid.

ESFA NEWSLETTER 3

ESFA PROGRESS IN MADRID, SPAIN

I joined the ESFA team when I was appointed National Project Manager at the end of February, 1998. If I were to sum up in a few words my experience with the ESFA family during these intensive three months, the description would be: "Vitality in collaboration, unity in diversity and thought to action". My first NPM meeting on April 1-4, 1998, was a wonderful opportunity to learn quite a lot of ESFA terminology, which enabled me to understand better the theoretical and pragmatic bases of the ESFA project. I was able to transform my abstract, rational and divergent thoughts into concrete, operative and creative ideas. The good social-affective atmosphere helped me to increase my intrinsic motivation for the task. The warm and cordial relations between the different members prepared and motivated me for the work ahead. The next months' work taught me to modify every "not yet" into "yes, we will get it done". The Cognitive Dissonance Theory was useful for this behaviour modification. On the 27th and 28th of April, Dr. Andrés González Navarro (the contractor) and I were visited by two members of the ESFA staff. The progress of ESFA in Madrid was discussed. It was an interesting, functional, successful and happy meeting.

The present pace of work is quite impressive. The development of the three intervention levels is making increasingly good progress. A supportive network of organizations and institutions for the ESFA project has been created. The implementation phase of the ESFA project will be possible because of their enthusiastic support.

Some of our outstanding achievements are:

- A meeting every week with the Local Advisory Board.
- The three institutional levels for the political organization of Health and Education are represented in the Local Advisory Board.
- Four regions have been selected to participate in the ESFA project.
- A programme for the individual level has been adapted and pre-piloted.
- A Dutch manual for teachers has been translated into Spanish and adapted to the peculiarities of our Educational System.
- The ESFA materials for students and for teachers are ready for printing.

Some of the members of the Local Advisory Board in Getafe. From left to right: José de la Corte (City Hall), Ana María Pérez Meitevra (Madrid Community or Regional Council), Jenaro Astray Mochales (Madrid Community), María Lourdes Fresnillo (NPM), Andrés González Navarro (Contractor), Elisa Gloria Fresnillo (National Education Ministry) and Ildefonso Narro Pecharromán (Teachers' Institute).

The ESFA staff with the Madrid Contractor and NPM when they were in the former Madrid office.

- A planning commission has been established in order to prepare school- and community- level activities.
- A course for teachers has been planned by Getafe Resources and Teachers' Training Institute. Credits for teachers will be added to their qualification.
- An interinstitutional agreement will be signed by the three political administrations (local, regional and national) involved in the Madrid ESFA project.

María Lourdes Fresnillo Poza, NPM for Madrid, Spain.

ESFA NEWSLETTER
June 1998

ESFA NEWSLETTER 4

PROGRESO DEL ESFA EN MADRID, ESPAÑA

La Oficina Regional de Coordinación Oncológica (ORCO) es la organización responsable del Proyecto ESFA en Madrid, España. La O.R.C.O. es un organismo que pertenece a la Conserjería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid. El Doctor Andrés González Navarro es el Director de la O.R.C.O. y el responsable del ESFA en Madrid.

La organización política de la Educación y de la Salud en la región de Madrid tiene tres niveles institucionales: el nacional, el regional y el local. Estos tres niveles institucionales tienen competencias que inciden en los ámbitos de la Educación y Promoción de la Salud.

La Mesa Asesora Local está compuesta por representantes de los tres niveles organizativos que repercuten en el

ESFA NEWSLETTER

January 1999

ámbito local. Las siguientes instituciones constituyen la Mesa Asesora Local:

- Comunidad Autónoma de Madrid, Conserjería de Sanidad y Servicios Sociales, Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud del área 10.
- Ayuntamiento de Getafe, área de Salud y de Educación.
- Ministerio de Educación y Cultura: Servicio de Inspección Técnica Educativa.
- Unidad de programas Educativos. Centro de Profesores y Recursos.
- Ministerio de Sanidad, INSALUD.

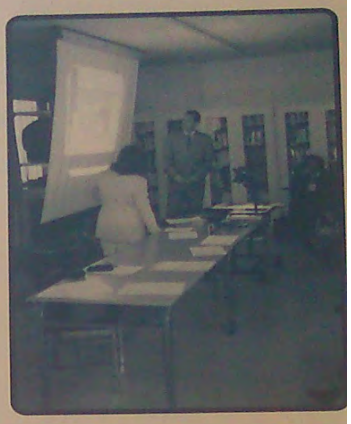
Gracias a la experiencia de trabajo colaborativo con representantes de diferentes instituciones, podemos afirmar que, no sólo es posible, sino necesario y útil el aunar esfuerzos interinstitucionales, con un objetivo común: la prevención del tabaquismo.

Finalizadas las vacaciones de verano la primera semana del mes de Septiembre, la Mesa Asesora Local del ESFA comenzó sus reuniones para continuar impulsando la puesta en marcha del Proyecto ESFA en Madrid. Desde esta Mesa Asesora Local diferentes comisiones trabajan en la planificación y desarrollo de los tres niveles del Proyecto ESFA: el nivel individual, el nivel escolar y el nivel comunitario.

Durante los meses de Septiembre y Octubre se reanudaron los contactos con los Institutos de Educación Secundaria (I.E.S.) y los Colegios que participan en el Proyecto ESFA. Destaca la excelente acogida y el alto grado de participación, así como su interés por un Proyecto de Prevención que ofrece una red de conexión abierta con otros países europeos.

Desde el 19 al 21 de Octubre, recibimos la visita del Personal del ESFA, del Director de Investigación Europea y de la Directora de Proyecto Europeo. Esta visita nos brindó la oportunidad de una relación interpersonal, cuya efectiva y afectiva comunicación no verbal, aún no es posible a través del correo electrónico o de las conversaciones telefónicas. Además de discutir los temas de la apretada agenda del ESFA, visitamos el lugar donde nos reuniremos los Responsables y Directores de Proyecto Nacional de cada país participante en Enero de 1999 en la ciudad de Madrid.

El día 20 de Octubre se inauguró el curso Formación del Proyecto ESFA organizado por el Centro de Profesores y Recursos de Getafe. Este curso está dirigido a los/as profesores/as tutores/as de primer curso de la E.S.O.



(Educación Secundaria Obligatoria) y a los/as profesores/as de la especialidad de Psicología y Pedagogía. El curso de Formación tiene 30 horas de duración y se certificarán tres créditos a los/as participantes. El primer día del curso de Formación contamos con la presencia de Aart Mudde y Martijntje Bakker que nos expusieron la dimensión europea del Proyecto ESFA.

La aplicación de los cuestionarios ESFA se realiza durante el mes de Noviembre. Desde estas páginas queremos agradecer a todos/as los/as profesores/as implicados/as, el esfuerzo realizado para que la evaluación inicial haya sido un éxito.

Lourdes Fresnillo Poza, Coordinador del Proyecto ESFA en Madrid, España

Development of the ESFA project in Madrid, Spain

Analysing the academic year 1998/99 in retrospect, a great feeling of satisfaction can be observed for the task realised with regard to the development of the ESFA Project in Madrid. This is a satisfaction shared and earned by all and each of the participants. Every participant from the various intervention levels (individual, school and community) has done his or her bit. Thanks to everybody's contribution, "the development project" has changed into "the project development".

The cities of the Autonomous Community of Madrid participating in the ESFA project are: Alcorcón, Getafe, Parla and Pinto.

During the first trimester of the academic year, the ESFA questionnaires were handed out to the students of the cities mentioned above in the 9th grade (1st year of the Obligatory Secondary Education).

For the distribution and collection of the questionnaires, we relied on the valuable, efficient and enthusiastic collaboration of the Unit of Educational Programmes (U.P.E.) of the Territorial Subdivision of Madrid South from the Ministry of Education and Culture. The meeting point for the distribution and collection of the ESFA questionnaires were the Territorial Subdivision mentioned above and its Centres of Teachers and Resources (C.P.R.) of Alcorcón, Getafe, Parla and Pinto.

We would like to thank the Head of the U.P.E., the directors of the C.P.R., the person within the U.P.E. responsible for the ESFA project, the persons responsible for the ESFA project within the C.P.R. and the teachers that actually handed out the questionnaires to the students of the participating towns.

At the end of January 1999, the meeting between the Personnel of the ESFA Project and the Persons Responsible and National Project Managers of the six European participating countries took place.

From February 23 till February 27, the person responsible for the ESFA Project in Madrid, and the National Project Manager assisted to the International Congress on Tobacco or Health celebrated in Las Palmas de Gran Canaria. It was an excellent event to present our communications and to meet the ESFA team again.

ESFA team in Las Palmas

Los Angeles School

The meeting in Madrid, January 1999

The participation level of the schools has been 100%. During the months of March, April and May, the five ESFA sessions took place in the 9th grade of Getafe. For the application of the ESFA lessons, we counted on the collaboration of a Team of Experts. The General Board of Prevention and Health Promotion of the Health and Social Services Department of the Autonomous Community of Madrid, through the Public Health Service of the 10th area, has financed the participation of the Team of Experts in the ESFA Project to realise the five sessions of the individual level.

"The teachers and students of the Los Angeles de Getafe School are thankful and proud to participate in the ESFA Project and are willing to achieve that each time less people smoke. All of them are aware of the fact that tobacco is detrimental to your health".

In April, the National Project Manager travelled to Maastricht to participate in the Meeting between the National Project Managers and to work on various aspects related to the Investigation and Intervention of the ESFA Project.

Looking forward to continue joining our forces to go on being successful in the next academic year, we wish you all a well-earned period of rest, especially the students who after the hard period of exams are already in the 10th grade.

Mª Lourdes Fresnillo Poza.
National Project Manager for Madrid, Spain.

Process evaluation: difficult but essential

"OK, now we know the outcome of the programme. But do we know how we brought this about?"

This is a quote that might be heard at the end of projects like this. The effect evaluation will tell us what results we reached in terms of reducing the onset of smoking in adolescents. But, in spite of comparing the results with those in control groups who were not exposed to programmes, the effect that we find still can be coincidental or totally or partly the result of other causes. The most important goal of process evaluation is to make sure that the results found can be attributed to the programme. A second goal is to find opportunities and cues to improve and refine the programme for future use.

Recently, it was concluded on a conference about the effectiveness and quality of health promotion, that process evaluation is a vital part of a research project, especially in the case of field research where many factors are not under control.

Three types of mistakes can be made when interpreting the results of a programme:

1. External factors are the cause of (a part of) the results.
   An example of a program that seemed successful at first sight was the yearly campaign to reduce firework accidents in the Netherlands. Since the start of that campaign, accidents caused by fireworks at New Years Eve were strongly reduced. However, researchers found out that in the first 'successful' years of this campaign, the weather was bad on New Years Eve. In the past, fewer accidents were observed when the weather was bad. So they stated that the claimed success of the campaign was actually the result of the weather. And next year it showed that they were right: good weather on New Years Eve and more accidents again.
2. Programme was not (fully) executed or not as meant.
   An example of a programme that seemed to have only limited results was a school programme to improve children's nutrition habits. The results were judged to be low, until the researchers found out that in more than half of the schools the programme was not executed because of time problems.
3. Target group was not aware or not

10

Madrid

100% de participatión de las escuelas ESFA in Madrid

¿Por qué se mantiene el 100% de participación de las escuelas esfa?

El éxito para que la planificación se convierta en aplicaciones prácticas dentro de una realidad tan concreta como cambiante radica en una serie de claves:

- Participan personas que se sienten seguras y capaces de pasar del pensamiento a la acción.
- La eficacia de las decisiones tomadas está comprobada.
- Los acuerdos tomados son realistas y acomodaticios.
- La sabiduría y la serenidad preside el desarrollo cotidiano.
- La colaboración se manifiesta como principio básico.
- Se concede un enorme respeto a la responsabilidad y al esfuerzo de cada uno.

Estas claves para el éxito pueden resumir lo que está siendo el desarrollo del segundo año de intervención del Proyecto ESFA en Madrid (España). Quizá más importante que "el qué se hace" sea "el cómo se hace", porque el entusiasmo y la energía, que se nota en los diferentes niveles organizativos, es el motor que regula e impulsa al Proyecto ESFA en Madrid.

Desde estas páginas queremos felicitar y agradecer enormemente la participación en el Proyecto ESFA de todas las escuelas que continúan su colaboración al 100%, tanto los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria) como los Colegios Concertados y Privados. Son las Escuelas pertenecientes a las ciudades de Alcorcón, Getafe, Parla y Pinto. También nuestro agradecimiento a las personas concretas que han posibilitado que el desarrollo del Proyecto ESFA en Madrid (España) sea una realidad. Nos referimos a los/as profesores/as tutores del alumnado de 2º de la E.S.O. (Educación Secundaria Obligatoria), a los/as orientadores/as de cada escuela que han aplicado el segundo cuestionario ESFA, a los/as directores/as de los Centros de Profesores y Recursos, a los/as directores/as de todas las escuelas que han facilitado el desarrollo del Proyecto en su centro, al resto de profesores/as que colaboran con el proyecto y por supuesto, no nos olvidamos de los protagonistas del Proyecto ESFA, el alumnado de 2º de la E.S.O. que un año más aportan su interés por el proyecto. En este segundo año de intervención continúa su colaboración la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid por medio del Servicio de Salud Pública del

[3]

(1).

área 10. Ella ha financiado la participación del grupo de expertos en el Proyecto ESFA para el desarrollo de las dos sesiones del nivel individual aplicadas en cada aula de 2º de la E.S.O.

Queremos resaltar la labor realizada desde la Dirección de Área Territorial Madrid Sur perteneciente a la Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Madrid por el Servicio de Inspección Técnica Educativa y por el Servicio de Unidades de Programas Educativos, especialmente desde la Asesoría de Salud, ya que gracias a su esfuerzo y coraje en los momentos necesarios el Proyecto ESFA ha continuado su marcha gracias a su buen entender y a su buen hacer.

Lourdes Fresnillo y Ángela Poza.
Directoras de Proyecto Nacional para Madrid

El uno de Octubre de 1999 tuvo lugar una reunión para impulsar el Proyecto ESFA en Madrid entre miembros del Personal ESFA de Maastricht, la Directora de Proyecto Nacional, el Responsable del Proyecto y el Director General de Sanidad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Foto (1).
De izquierda a derecha: Dñª. Mª Lourdes Fresnillo (Directora de Proyecto Nacional), D. Andrés González Navarro (Responsable), Dr. Hein de Vries (Investigador Principal del Proyecto ESFA), Dña. Esmée Kolthof (Directora de Proyecto Europeo), D. Javier Hernández Pascual (Director General de Sanidad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid).

Foto (2).
Al Encuentro Europeo de Directores de Proyecto Nacional del 22 al 25 de Noviembre en Maastricht acudió la Dra. Ángela Poza representando a Madrid como Directora de Proyecto Nacional.

Madrid

Desarrollo del proyecto ESFA en Madrid, España

Al analizar retrospectivamente el curso 19998/99 se observa la gran satisfacción por la tarea llevada a cabo en el desarrollo del Proyecto ESFA en Madrid. Se trata de una satisfacción compartida y ganada a pulso por todos y cada uno de los participantes. Cada participante desde los distintos niveles de intervención (individual, escolar y comunitario) ha puesto su aportación, "su granito de arena". Gracias a las aportaciones de todos "el proyecto del desarrollo" se ha convertido en "el desarrollo del proyecto".

Las ciudades de la Comunidad Autónoma de Madrid que participan en el Proyecto ESFA son: Alcorcón, Getafe, Parla y Pinto.

Durante el primer trimestre del curso se aplicaron los cuestionarios ESFA al alumnado de las citadas ciudades que cursan 1ffl de E.S.O. (Educación Secundaria Obligatoria).

Para la distribución y recogida de los cuestionarios se ha contado con la valiosa, eficaz y entusiasta colaboración de la Unidad de Programas Educativos (U.P.E.) de la Subdirección Territorial de Madrid Sur del Ministerio de Educación y Cultura. El punto de encuentro para la distribución y recogida de los cuestionarios ESFA fueron la citada Subdirección Territorial y sus Centros de Profesores y Recursos (C.P.R.) de Alcorcón, Getafe, Parla y Pinto.

Queremos hacer llegar nuestro agradecimiento al Jefe de Servicio de la U.P.E., a los/as directores/as de los C.P.R., a la responsable del Proyecto ESFA de la U.P.E., a los responsables del Proyecto ESFA de los C.P.R. y a los/as profesores/as que aplicaron los cuestionarios al alumnado de las localidades participantes.

A finales de enero de 1999 en la ciudad de Madrid tuvo lugar el Encuentro de Consenso en el que participaron el Personal del Proyecto ESFA y los Responsables y Directores de Proyecto Nacional de los seis países europeos participantes.

Del 23 al 27 de febrero el Responsable del Proyecto ESFA en Madrid, Dr. Andrés González Navarro y la Directora de Proyecto Nacional, asistimos al Congreso Internacional de Tabaco o Salud celebrado en Las Palmas de Gran Canaria. Fue un excelente evento para pre-

sentar nuestras comunicaciones y para encontrarnos de nuevo con el Equipo de ESFA.

El grado de participación de los Institutos de Educación Secundaria (I.E.S.) y de los Colegios ha sido un 100%. Durante los meses de marzo, abril y mayo se desarrollaron las cinco sesiones ESFA en las aulas de 1ffl de E.S.O. de la ciudad de Getafe. Para la aplicación de las lecciones ESFA se ha contado con la colaboración de un Equipo de Expertos. La Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid por medio del Servicio de Salud Pública del área 10, ha financiado la participación del Equipo de Expertos en el Proyecto ESFA para la el desarrollo de las cinco sesiones del nivel individual.

"Los profesores y alumnos del Colegio Los Ángeles de Getafe se sienten agradecidos y orgullosos de participar en el Proyecto ESFA y dispuestos a conseguir que cada vez se fume menos. Todos son conscientes de los que el tabaco perjudica a la salud".

En el mes de abril la Directora de Proyecto Nacional se trasladó a la ciudad de Maastricht para participar en el Encuentro de Directores de Proyecto Nacional y para trabajar en aspectos relativos a la Investigación e Intervención del proyecto ESFA.

Con la ilusión de continuar aunando esfuerzos para seguir consiguiendo éxitos para el próximo curso deseamos un merecido descanso vacacional a todos/as, especialmente al alumnado que después de la dura temporada de exámenes ya están en 2ffl de E.S.O.

Mª Lourdes Fresnillo Poza
Directora de Proyecto Nacional.

Evaluación de proceso: difícil pero esencial

"Bien, ahora sabemos el resultado del programa. Pero, ¿sabemos cómo lo hemos conseguido?"

Esta es una cita que se podría oír al final de proyectos como éste. La evaluación del efecto nos dirá los resultados que conseguimos en términos de reducción de los adolescentes que se inician en el consumo del tabaco. Al comparar los resultados con los de los grupos de control que no recibieron los programas, el efecto que encontremos podría ser fortuito o el resultado parcial o total de otras causas. El objetivo más importante de la evaluación de proceso es asegurar que los resultados encontrados se puedan atribuir al programa. Un segundo objetivo es encontrar oportunidades y claves de mejora y perfeccionamiento del programa para su uso en el futuro. Recientemente, en una conferencia sobre la eficacia y calidad de la promoción de salud, se llegó a la conclusión de que la evaluación de proceso es una parte vital de un proyecto de investigación, especialmente en la investigación de campo donde muchos factores no se pueden controlar.

Se pueden cometer tres errores al interpretar los resultados de un programa:

1. Los factores externos han causado (parte de) los resultados.
   Un ejemplo de un programa que pareció tener éxito a primera vista fue la campaña anual para reducir los accidentes en los Países Bajos causados por los fuegos artificiales. Desde el inicio de dicha campaña, los accidentes causados por los fuegos artificiales se redujeron substancialmente. Sin embargo, los investigadores descubrieron que en los primeros años "exitosos" de esta campaña, hizo mal tiempo en Noche Vieja. En el pasado ya se habían observado menos accidentes al hacer mal tiempo en Noche Vieja. Por lo tanto dijeron que el éxito reclamado por la campaña en realidad era el resultado del mal tiempo que hacía. Y el año siguiente resultó que tenían razón: hizo buen tiempo en Noche Vieja y hubo más accidentes otra vez.
2. El programa no fue (completamente) ejecutado o no fue ejecutado como se programó.
   Un ejemplo de un programa que parecía tener solamente resultados limitados fue un programa escolar para mejorar los hábitos alimenticios de los niños. Al principio los resultados fueron considerados como bajos, hasta que los investigadores descubrieron que en

10

PUBLICACIONES BOLEÍN INFORMATIVO ESFA –MADRID Nº 7

MADRID. HACIA LA RECTA FINAL EN EL SIGLO XXI.

En la última revista de Mayo de 2000, se perfilaban las claves que habían conducido a una participación del 100% de los Centros Educativos ESFA en Madrid durante los dos primeros años de desarrollo del programa.

El curso 2000/01 será el año en que finaliza el desarrollo del programa. Así pues, tenemos una gran oportunidad de continuar aunando esfuerzos para poder concluir el Proyecto ESFA de la manera más satisfactoria y participativa posible.

Para este último curso están previstas dos aplicaciones del cuestionario ESFA, una en el primer trimestre y otra en el tercer trimestre. La encuesta ESFA va dirigida al alumnado de 3º de la E.S.O. (Educación Secundaria Obligatoria) pertenecientes a las poblaciones de Alcorcón, Getafe, Parla y Pinto.

En esta comunicación vamos a relatar lo que sucedió en una de las clases que participan en el Proyecto ESFA..

Como dice el refrán, “una imagen vale más que mil palabras”. Las fotos han sido realizadas en una de las aulas del I.E.S. (Instituto de Educación Secundaria) Alarnes de Getafe. En el desarrollo de las sesiones ESFA en el aula participan directamente junto con los tutores un equipo de expertos en el Proyecto ESFA. Podemos observar el grado de participación activa del alumnado y el gran dinamismo que requieren las actividades diseñadas para el nivel individual que se desarrollan en los I.E.S. (Institutos de Educación Secundaria).

La presión que ejerce el grupo de iguales sobre los adolescentes es uno de los aspectos más importantes para intentar prevenir el consumo del tabaco. Por ello se ha seleccionado un material audiovisual (vídeo) que trata sobre la presión de grupo y la toma de decisiones. Foto (1)

Un grupo del I.E.S. Alarnes de Getafe mira con atención el vídeo titulado “La presión de grupo y la toma de decisiones”. Foto (2)

Todo el alumnado se pone de pie en el centro del aula. El experto va diciendo una serie de frases relacionadas con el uso del tabaco. Foto (3)

Los alumnos deciden si están de acuerdo o no con la frase que acaban de escuhar. Los que están a favor se colocan en un lado de la clase y los que están en contra se sitúan en el extremo opuesto. No se admiten posturas intermedias, pero sí el cambio de opinión. Foto (4)

Cada uno de los subgrupos realiza un breve debate sobre las razones por las que ha elegido esa posición. Al final los dos subgrupos debaten sobre las distintas posturas que defienden.

El alumnado ha valorado positivamente las sesiones ESFA en las que han participado. Les gusta no solo aprender sobre la presión de grupo y la toma de decisiones, sino sobre todo disfrutar aprendiendo y pasárselo bien.

María Lourdes Fresnillo, Directora de Proyecto Nacional y Ángela Elena Poza, Asistente de Dirección.

3 RESULTADOS.

3 RESULTADOS.

Parte A.

3. RESULTADOS: Parte A.

FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS.

La primera parte A del estudio de la presente investigación doctoral tiene como principales objetivos los siguientes:

OBJETIVO GENERAL 1.- Analizar la frecuencia y la prevalencia de las características de la muestra madrileña.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.1.- Analizar la frecuencia y la prevalencia de las tasas de la participación de la muestra madrileña.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.2.- Analizar la frecuencia y la prevalencia de las tasas de los casos válidos de la muestra madrileña.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.3.- Comparar la diferencia entre la prevalencia de las tasas de la participación y las tasas de los casos válidos de la muestra madrileña.

OBJETIVO GENERAL 2.- Analizar la frecuencia y la prevalencia de las características de la muestra total europea.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1.- Analizar la frecuencia y la prevalencia de las tasas de la participación de la muestra total europea.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.2.- Analizar la frecuencia y la prevalencia de las tasas de los casos válidos de la muestra total europea.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.3.- Comparar la diferencia entre la prevalencia de las tasas de la participación y las tasas de los casos válidos de la muestra total europea.

OBJETIVO GENERAL 3.- Comparar la diferencia entre la prevalencia de las tasas de la participación y las tasas de los casos válidos de la muestra madrileña con la diferencia entre ellas de la muestra total europea.

OBJETIVO GENERAL 4.- Comparar la frecuencia y la prevalencia de las características de la muestra madrileña con las muestras del resto de las zonas europeas participantes.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4.1.- Comparar la frecuencia y la prevalencia de las tasas de la participación de la muestra madrileña con las muestras del resto del resto de las zonas europeas participantes.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4.2.- Comparar la frecuencia y la prevalencia de las tasas de los casos válidos de la muestra madrileña con las muestras del resto del resto de las zonas europeas participantes.

OBJETIVO GENERAL 5.- Comparar la media de edad de la muestra madrileña con las muestras del resto de las zonas europeas participantes.

OBJETIVO GENERAL 6.- Comparar la prevalencia de la variable género de la muestra madrileña con las muestras del resto de las zonas europeas participantes.

OBJETIVO GENERAL 7.- Comparar la prevalencia del tabaquismo expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de tabaco de la frecuencia semanal en relación con la variable de género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

OBJETIVO GENERAL 8.- Comparar la prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de tabaco de la frecuencia diaria en relación con la variable de género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

OBJETIVO GENERAL 9.- Comparar la prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de alcohol, referente a los que nunca han consumido bebidas alcohólicas, en Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

OBJETIVO GENERAL 10.- Comparar la prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable de situación laboral familiar de los padres, respecto a la frecuencia de trabajar cinco días o más a la semana, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

OBJETIVO GENERAL 11.- Comparar la prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable demográfica de ser o no nativo en el país en el que se reside, respecto a la variable educativa si ha recibido una educación en alguna religión o no, y respecto a la variable de tipo de estructura familiar, referida a pertenencia a una familia no nuclear, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

En relación con los objetivos propuestos se proponen las siguientes hipótesis de trabajo:

HIPÓTESIS 1: se darán diferencias no estadísticamente significativas entre la prevalencia de las tasas de la participación y las tasas de los casos válidos en la muestra madrileña.

HIPÓTESIS 2: se darán diferencias no estadísticamente significativas entre la prevalencia de las tasas de la participación y las tasas de los casos válidos en la muestra total europea.

HIPÓTESIS 3: no existirán diferencias estadísticamente significativas al comparar la diferencia entre la prevalencia de las tasas de la participación y las tasas de los casos válidos de la muestra madrileña con la diferencia entre ellas de la muestra total europea.

HIPÓTESIS 4: no aparecerán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia de las tasas de la participación y las tasas de los casos válidos de la muestra madrileña con las muestras del resto del resto de las zonas europeas participantes.

HIPÓTESIS 5: no se encontrarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la media de la edad de la muestra madrileña con las muestras del resto del resto de las zonas europeas participantes.

HIPÓTESIS 6: no se aparecerán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia de la variable género de la muestra madrileña con las muestras del resto del resto de las zonas europeas participantes.

HIPÓTESIS 7.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia del tabaquismo expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de tabaco de la frecuencia semanal en relación con la variable de género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

HIPÓTESIS 8.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de tabaco de la frecuencia diaria en relación con la variable de género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

HIPÓTESIS 9.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de alcohol, referente a los que nunca han consumido bebidas alcohólicas, en Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

HIPÓTESIS 10.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable de situación laboral familiar de los padres, respecto a la frecuencia de trabajar cinco días o más a la semana, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

HIPÓTESIS 11.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable demográfica de ser o no nativo en el país en el que se reside, respecto a la variable educativa si ha recibido una educación en alguna religión o no, y respecto a la variable de tipo de estructura familiar, referida a pertenencia a una familia no nuclear, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

1 La comparabilidad de los países ESFA: datos de referencia.

En total, 23.531 adolescentes participaron en la primera medición del proyecto ESFA. El porcentaje de las escuelas que rehusaron participar estaba por debajo de 0,5%. De los restantes 23.125 adolescentes (98%), se obtuvieron de datos completos en la primera medida (De Vries et al., 2003).

La participación de la muestra total y la información de cada país específico, la prevalencia del tabaquismo, el consumo de alcohol y variables demográficas se presentan en las siguientes Tablas: la Tabla A-I, la Tabla A-II, la Tabla A-III, la Tabla A-IV, la Tabla A-V, la Tabla A-VI, la Tabla A-VII y la Tabla A-VIII.

La media de edad de los/as encuestados/as fue de 13,3 años; el 49,8% de la muestra eran varones. Los tamaños de muestra variaron entre los países, en todos los casos el tamaño de las muestras eran superiores a los aconsejados. (Véase la Tabla A-II).

Las tasas más altas de tabaquismo se encontraron en Finlandia, seguida de Dinamarca, el Reino Unido y los Países Bajos. Las tasas del consumo del tabaco fueron considerablemente inferiores en las muestras del sur de Europa y la tasa más baja fue en la muestra de Barcelona. (Véase la Tabla A-IV) (Véase la Tabla A-V).

El porcentaje de los no fumadores fue de 63,0% de la muestra total. Los mayores porcentajes de los nunca fumadores se encontraron en las muestras de Portugal y Madrid, mientras que los menores porcentajes de nunca fumadores se identificaron en las muestras danesas y holandesas. El porcentaje de exfumadores en la muestra total fue de un 2,0% sin grandes diferencias entre los diferentes países (De Vries et al., 2003).

2 La prevalencia del consumo de tabaco en los niños y las niñas.

Las Tablas A-IV y A-V muestran también las tasas comparativas de niños y niñas en el consumo del tabaco. Las diferencias entre ambos grupos se analizaron mediante el análisis de la regresión logística binaria, controlando por edad, religión, etnia, educación laica o religiosa, el consumo de alcohol, la situación laboral de los padres y familia desestructurada o no nuclear.

En general, se encontraron significativamente más fumadores/as semanales entre las niñas que entre los niños. Este patrón se identificó para todos los países europeos, con diferencias significativas en las muestras de Finlandia, Países Bajos, Portugal, Madrid y el Reino Unido (De Vries et al., 2003).

Al analizar las diferencias entre los patrones de tabaquismo de consumo diario de las niñas y los niños, se encontró una diferencia similar. Significativamente más niñas que niños fumaban a diario en Finlandia, Portugal y el Reino Unido. A la inversa, pero con patrones no significativos, se observaron en otros países, donde las mayores diferencias se encuentran en Dinamarca. Una información más detallada sobre los determinantes de estas diferencias entre los niños y las niñas se pueden encontrar en otro documento (De Vries et al., 2003c).

La prevalencia de la muestra del proyecto ESFA en Madrid (España) y la comparabilidad con el resto de las zonas europeas.

A continuación se muestran de los resultados obtenidos en la muestra del proyecto ESFA en la Comunidad de Madrid (España) y la comparabilidad con el resto de las zonas participantes específicas y en la muestra total europea.

Las variables medidas utilizando como instrumento de medida el cuestionario ESFA, que se muestran son las siguientes:

1. La prevalencia de las tasas de participación expresada en porcentajes y en el número total.

2. La prevalencia de las tasas de casos válidos expresada en porcentajes y en el número total.

3. La media con respecto a la variable edad de las muestras.

4. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto con a la variable género.

5. La prevalencia del tabaquismo expresada en porcentajes con respecto a la variable de consumo de tabaco de la frecuencia semanal.

6. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto con a la variable de consumo de tabaco de la frecuencia diaria.

7. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable consumo de alcohol, referente a los que nunca han consumido bebidas alcohólicas.

8. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable de situación laboral familiar de los padres, respecto a la frecuencia de trabajar cinco días a la semana.

9. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable demográfica de ser o no nativo en el país en el que se reside.

10. La prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable educativa si ha recibido una educación en alguna religión o no.

11. La prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable de tipo de estructura familiar, referida a pertenencia a una familia desestructurada.

La prevalencia de las tasas de casos válidos y las tasas de participación expresada en porcentajes en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes, así como en la muestra total europea. (Véase la Tabla A-I).

La media con respecto a la variable edad, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea. (Véase la Tabla A-II).

La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea. (Véase la Tabla A-III).

La prevalencia del tabaquismo expresada en porcentajes con respecto a la variable de consumo de tabaco de la frecuencia semanal, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea. (Véase la Tabla A-IV).

La prevalencia expresada en porcentajes con respecto con a la variable de consumo de tabaco de la frecuencia diaria, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea. (Véase la Tabla A-V).

La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable consumo de alcohol, referente a los que nunca han consumido bebidas alcohólicas, en Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea. (Véase la Tabla A-VI).

La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable de situación laboral familiar de los padres, respecto a la frecuencia de trabajar cinco días a la semana, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable demográfica de ser o no nativo en el país en el que se reside, respecto a la variable educativa si ha recibido una educación en alguna religión o no, y respecto a la variable de tipo de estructura familiar, referida a pertenencia a una familia desestructurada, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea. (Véase la Tabla A-VIII).

A. 1. LA PREVALENCIA DE LAS TASAS DE PARTICIPACIÓN Y DE CASOS VÁLIDOS.

El número total del alumnado participante en el proyecto ESFA en la Comunidad Autónoma de Madrid (España) en el segundo año de duración, ascendió a un total de tres mil doscientos treinta y siete alumnos/as. (Véase la Tabla A-I).

Estos/as alumnos/as estaban matriculados durante ese año bien en los I.E.S. (Institutos de Enseñanza Secundaria) o en los C.C. (Colegios Concertados) o colegios privados. Estudiaban el primer curso de E.S.O. (Educación Secundaria Obligatoria). A todos/as ellos/as se les aplicó el cuestionario ESFA de la primera medición. Las escuelas participantes pertenecían a las localidades de Alcorcón, Getafe, Parla y Pinto. Respecto a la muestra total europea representan un 13,7 %. (Véase la Tabla A-I).

Tabla A-I: La prevalencia de las tasas de casos válidos y las tasas de participación expresada en porcentajes en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Casos válidos	Muestra TOTAL	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	España Barcelona	**España Madrid**	Portugal	Reino Unido
Casos válidos la muestra total N	23.125	1.760	2.731	3.941	1.994	**3.192**	3.034	6.473
Casos válidos en % de la muestra total	98.3%	7.6%	11.8%	17.0%	8.6%	**13.1%**	13.1%	28.0%
Participación								
Participación N	23.531	1.770	2.816	3.963	2.015	**3.237**	3.102	6.628
Participación en porcentajes de la muestra total	100%	7.5%	12.0%	16.8%	8.6%	**13.7%**	13,2%	28.2%

El tamaño de la muestra inicial de la Comunidad Autónoma de Madrid, comparado con el tamaño de la muestra del resto, se posiciona en el tercer lugar detrás de Reino Unido y los Países Bajos. El tamaño de las muestras, en orden decreciente, de Portugal, Finlandia, Barcelona (España) y Dinamarca, eran inferiores con respecto a nuestra muestra de Madrid. (Véase la Tabla A-I).

El número total de casos válidos del alumnado participante en el proyecto ESFA en la Comunidad Autónoma de Madrid (España), ascendió a un total de tres mil ciento noventa y dos. Esta cifra se corresponde con un porcentaje que con respecto a la muestra total europea representa un 13,1 %. (Véase la Tabla A-I). Los casos válidos hacen referencia al alumnado que había rellenado el cuestionario ESFA con datos legibles e inteligibles.

El número total de casos válidos del alumnado participante en el proyecto ESFA en la Comunidad Autónoma de Madrid (España), en comparación con el del resto, ocupa el tercer lugar junto con Portugal, después de Reino Unido y de los Países Bajos, del porcentaje de representación de la muestra total. El número total de casos válidos, en orden decreciente, pertenecen a Finlandia, Barcelona (España) y Dinamarca, eran inferiores con respecto a nuestra muestra de Madrid.

Al comparar la diferencia entre la prevalencia de las tasas de la participación y las tasas de los casos válidos de la muestra madrileña, el resultado asciende a 0,6 puntos.

Al comparar la diferencia entre la prevalencia de las tasas de la participación y las tasas de los casos válidos de la muestra total europea el resultado asciende a 1,7 puntos.

Al comparar la diferencia entre la prevalencia de las tasas de la participación y las tasas de los casos válidos de la muestra madrileña con la diferencia entre ellas de la muestra total europea, encontramos una diferencia de 1,1 puntos. Ello indica que en Madrid se consiguieron un 1,1 % más de casos válidos con respecto al resto.

A. 2. LA MEDIA DE LA EDAD DE LAS MUESTRAS.

La variable de la edad cronológica es muy relevante tanto en la fase de diseño de la investigación como en la preparación de los programas de la intervención. Esto es debido a que una de las metas fundamentales era tratar de incidir en la reducción de la aparición del consumo del tabaco un 10 % después de cuatro años de implementación de los programas de intervención en los ámbitos del individuo, en el ámbito escolar, en el ámbito familiar y ámbito en el comunitario.

La media de edad de la muestra de la Comunidad de Madrid es de doce años y nueve meses. Representa con respecto a la edad media del resto de la muestra total europea, la media de edad más baja. (Véase la Tabla A-II).

Tabla A-II: La media con respecto a la variable edad, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

EDAD	Muestra TOTAL	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	España Barcelona	**España Madrid**	Portugal	Reino Unido
MEDIA DE EDAD **EN AÑOS**	13,3	13,8	13,8	13,2	12,9	**12,9**	13,5	13,1

El dato es coincidente con el de la muestra de Barcelona. Es destacable reseñar que la asignación al curso que le corresponde a un/a alumno/a, en España, es por el año de nacimiento, no por la edad cronológica que se tiene al inicio de curso. Por ello, en otoño de 1998, fecha de la aplicación de la primera medida, en el primer curso de la E.S.O. (Educación Secundaria Obligatoria), están matriculados alumnos que cumplen los trece años desde enero a diciembre. Ello indica que hay alumnado en el mismo curso que cumplirá los años los últimos tres meses del año.

Además, la Ley de Educación española permite la repetición de hasta dos cursos, contemplando medidas excepcionales para el alumnado que presenta necesidades educativas específicas.

Con respecto a la media de edad de la muestra total europea que es de trece años y tres meses, nuestra media de edad en la Comunidad Autónoma de Madrid se aparta seis meses. (Véase la Tabla A-II).

Con respecto a la media de edad de las muestras del resto de los países participantes, en orden creciente, aparece Reino Unido con trece años y un mes, los Países Bajos con trece años y dos meses, Portugal con trece años y cinco meses y por último con idéntica media de edad, de trece años y ocho meses, se encuentran Dinamarca y Finlandia. (Véase la Tabla A-II).

A. 3. LA PREVALENCIA DE LA VARIABLE GÉNERO.

Tabla A-III: La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

GÉNERO.	Muestra TOTAL	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	España Barcelona	**España Madrid**	Portugal	Reino Unido
Porcentaje por sexo (varones)	49,8%	50,1%	52,0%	50,6%	50,6%	**48,6%**	48,6%	49,3%

En la distribución de la prevalencia con respecto a la variable de género, masculino o femenino, de nuestra muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid, los varones representan el 48,6 %, ligeramente inferior a la proporción de mujeres que es un 51,4 %. (Véase la Tabla A-III).

La muestra de Madrid aparece con idéntica proporción de sujetos de sexo masculino junto con la muestra de Portugal. Ambas muestras son las que tienen una menor representación de varones con respecto a la muestra total europea.

Respecto a la posición del resto de los países de la muestra total europea, en orden creciente de representatividad de varones, se encuentra Reino Unido con un porcentaje de 49,3. Seguido de Dinamarca con 50,1% de varones en su muestra. En los Países Bajos y Barcelona (España) aparece idéntico porcentaje de varones en sus muestras, 50,6 %. (Véase la Tabla A-III).

Finalmente, el país que tiene en su muestra el mayor porcentaje de varones es Finlandia con el 52,0 %. (Véase la Tabla A-III).

La variable de género presenta gran relevancia dentro del contexto general del proyecto, dado que las investigaciones previas concluyen la importancia concedida a la variable género, especialmente desde la perspectiva del diseño de intervenciones específicas para la prevención del inicio en el consumo del tabaco. (De Vries et al. 2003).

A. 4. LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DEL TABACO CON FRECUENCIA DE CONSUMO SEMANAL EN RELACIÓN CON LA VARIABLE GÉNERO.

La prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, con respecto a la variable del consumo de tabaco de la frecuencia semanal de la muestra total, en la Comunidad de Madrid (España) es de 4,6 %. (Véase la Tabla A-IV).

Como se puede observar en la Tabla A-IV, la prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, relativa a la variable de consumo de tabaco de la frecuencia semanal de la muestra total europea es de 5,6 %. (Véase la Tabla A-IV).

La tasa de prevalencia del tabaquismo de consumo semanal en nuestra muestra total de Comunidad de Madrid (España), es un uno por ciento menor a la encontrada en la muestra total europea.

Tabla A-IV: La prevalencia del tabaquismo expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de tabaco de la frecuencia semanal en relación con la variable de género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Fumadores/as de consumo semanal.	Muestra TOTAL	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	España Barcelona	**España Madrid**	Portugal	Reino Unido
Porcentaje total	5,6%	6,8%	9,5%	5,3%	2,9%	**4,6%**	4,7%	5,4%
Chicos	5,0%	6,1%	8,1%	5,2%	2,6%	**4,2%**	4,1%	4,8%
Chicas	6,1%	7,5%	11,0%	5,4%	3,3%	**4,9%**	5,2%	6,0%
OR	1,50	1,63	1,43	1,51	1,66	**1,49**	1,75	1,55
P	<0,001	<0,046	<0,002	<0,018	<0,071	**<0,034**	<0,003	<0,001

La prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, con respecto a la variable del consumo de tabaco de la frecuencia semanal en relación con la variable de género masculino, en la Comunidad de Madrid (España) es de 4,2 % del total de los chicos de la muestra. (Véase la Tabla A-IV).

Como se puede observar en la Tabla A-IV, la prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, relativa a la variable de consumo de tabaco de la frecuencia semanal en relación con la variable de género masculino, de la muestra total europea es de 5,0 %. (Véase la Tabla A-IV).

La tasa de prevalencia del tabaquismo de consumo semanal relativa a la variable de género masculino en la Comunidad de Madrid (España), es ocho décimas por ciento inferior a la encontrada en la muestra total europea de varones.

La prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, con respecto a la variable del consumo de tabaco de la frecuencia semanal en relación con la variable de género femenino, en la Comunidad de Madrid (España) es de 4,9 % de las chicas. (Véase la Tabla A-IV).

Se puede apreciar en la Tabla A-IV, que la prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, relativa a la variable de consumo de tabaco de la frecuencia semanal en relación con la variable de género femenino, de la muestra total europea es de 6,1 %. (Véase la Tabla A-IV).

La tasa de prevalencia del tabaquismo de consumo semanal relativa a la variable de género femenino en la Comunidad de Madrid (España), es 1,2 % inferior a la encontrada en la muestra total europea de las chicas.

En la Comunidad de Madrid (España) aparecen diferencias significativas entre los chicos y chicas respecto al consumo semanal de tabaco. Se observa una diferencia de siete décimas en los porcentajes, a favor de los chicos siendo estos los que menos fuman semanalmente.

En resumen, los resultados de la prevalencia de la muestra madrileña comparada con la media obtenida en el total de la muestra europea, indican que en Madrid aparece una menor prevalencia en el consumo de tabaco semanal. Con respecto a la muestra total un uno por ciento inferior. Respecto a los varones ocho décimas inferior y las chicas un uno con dos décimas menor respecto a la media de la muestra europea.

A. 5. LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DEL TABACO CON FRECUENCIA DE CONSUMO DIARIO EN RELACIÓN CON LA VARIABLE GÉNERO.

La prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, con respecto a la variable del consumo de tabaco de la frecuencia diaria de la nuestra muestra total, en la Comunidad de Madrid (España) es de 2,5 %. (Véase la Tabla A-V).

Como se puede observar en la Tabla V, la prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, relativa a la variable de consumo de tabaco de la frecuencia diaria de la muestra total europea es de 4,0 %. (Véase la Tabla A-V).

La tasa de prevalencia del tabaquismo de consumo diario en nuestra muestra total de Comunidad de Madrid (España), es un uno y cinco décimas por ciento menor a la encontrada en la muestra total europea.

Tabla A-V: La prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de tabaco de la frecuencia diaria en relación con la variable de género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Fumadores/as de consumo diario	Muestra TOTAL	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	España Barcelona	**España Madrid**	Portugal	Reino Unido
Porcentaje total	4,0%	5,1%	8,1%	3,6%	2,0%	**2,5%**	3,6%	3,7 %
Chicos	3,7%	5,4%	6,8%	3,8%	2,1%	**2,4%**	3,0%	3,4 %
Chicas	4,2%	4,7%	9,1%	3,4%	2,0%	**2,5%**	4,2%	4,2 %
OR	0,89	1,55	1,23	1,42	1,35	**1,40**	2,08	1,50
P	<0,001	<0,611	<0,007	<0,242	<0,363	**<0,177**	<0,001	<0,003

La prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, con respecto a la variable del consumo de tabaco de la frecuencia diaria en relación con la variable de género masculino, en la Comunidad de Madrid (España) es de 2,4 % del total de los chicos de la muestra. (Véase la Tabla A-V).

Como se puede observar en la Tabla A-V, la prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, relativa a la variable de consumo de tabaco de la frecuencia diaria en relación con la variable de género masculino, de la muestra total europea es de 3,7 %. (Véase la Tabla A-V).

La tasa de prevalencia del tabaquismo de consumo diario relativa a la variable de género masculino en la Comunidad de Madrid (España), es siete décimas por ciento inferior a la encontrada en la muestra total europea de varones.

La prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, con respecto a la variable del consumo de tabaco de la frecuencia diaria en relación con la variable de género femenino, en la Comunidad de Madrid (España) es de 2,5 % de las chicas. (Véase la Tabla A-V).

Se puede apreciar en la Tabla A-V, que la prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, relativa a la variable de consumo de tabaco de la frecuencia diaria en relación con la variable de género femenino, de la muestra total europea es de 4,2 %. (Véase la Tabla A-V).

La tasa de prevalencia del tabaquismo de consumo diario relativa a la variable de género femenino en la Comunidad de Madrid (España), es 1,7 % inferior a la encontrada en la muestra total europea de las chicas.

En la Comunidad de Madrid (España) no aparecen diferencias significativas entre los chicos y chicas respecto al consumo diario de tabaco.

En resumen, los resultados de la prevalencia de la muestra madrileña comparada con la media obtenida en el total de la muestra europea, indican que en Madrid aparece una prevalencia inferior en el consumo diario de tabaco. Con respecto a la muestra total la diferencia es de un uno y cinco décimas por ciento inferior. Respecto a los varones siete décimas inferior y las chicas un uno con siete décimas menor.

A. 6. LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DEL ALCOHOL.

Los datos obtenidos en nuestra muestra de la Comunidad de Madrid respecto a la variable estudiada de consumo de bebidas alcohólicas, indican que la prevalencia de los/as que nunca han consumido bebidas alcohólicas expresada en porcentaje es de un 81,2 %. (Véase la Tabla A-VI).

La prevalencia de los/as que nunca han consumido bebidas alcohólicas en la muestra total europea es de un 58,7 %. (Véase la Tabla A-VI).

Tabla A-VI: Prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable consumo de alcohol, referente a los que nunca han consumido bebidas alcohólicas, en Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

El consumo de alcohol	Muestra TOTAL	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	España Barcelona	**España Madrid**	Portugal	Reino Unido
Porcentaje de nunca bebedores	58,7%	32,9%	48,7%	57,8%	78,6%	**81,2%**	77,3%	43,7%

Aparece una diferencia considerable en los porcentajes de la muestra madrileña y la europea de 22,5 puntos. Esta diferencia es altamente significativa a favor de la muestra de la Comunidad de Madrid, que aparece como la que presenta una mayor tasa de prevalencia del alumnado que nunca ha consumido bebidas alcohólicas.

Es relevante destacar que la muestra de Madrid ocupa el primer lugar en la prevalencia de los/as nunca consumidores de bebidas alcohólicas respecto a las muestras del resto de los países participantes.

En el apartado de resultados parte C.4., se presenta la frecuencia en el resto de categorías de la conducta de consumo de alcohol. (Véase la Tabla C-III).

La diferencia entre las tasas de prevalencia de los/as nunca consumidores de bebidas alcohólicas de Dinamarca, que ocupa el último lugar y Madrid que ocupa el primero, es altísimamente significativa. Dinamarca obtiene un 32,9% de nunca consumidores de bebidas alcohólicas frente a Madrid con un 81,2 %, lo que supone una diferencia que asciende a 48,3 puntos.

Respecto a la prevalencia de la variable del nunca consumo de alcohol, el lugar que ocupan el resto de las zonas participantes en orden decreciente detrás de Madrid es, Barcelona con 78,6%, Portugal con 77,3%, los Países Bajos con 57,8%, Finlandia con 48,7%, el Reino Unido con 43,7% y por último Dinamarca con un 32,9%. (Véase la Tabla A-VI).

En conclusión, los datos indican que las tres muestras situadas en Europa del Sur obtienen resultados similares que se diferencian de los encontrados en los países nórdicos y de Centro-Europa.

A. 7. LA PREVALENCIA DE LA SITUACIÓN LABORAL DE LA FAMILIA: TRABAJO DE LOS PADRES Y DE LAS MADRES CON LA FRECUENCIA DE CINCO DÍAS A LA SEMANA Y LAS DIFERENCIAS ENTRE AMBOS.

En primer lugar se presentan los resultados obtenidos en la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid, en la muestra total europea y la relación entre ambas, respecto a la prevalencia expresada en porcentajes en la variable de situación laboral familiar de los padres (varones) y de las madres, respecto a la frecuencia de trabajar cinco días o más a la semana.

En segundo lugar se analizan las diferencias entre los padres (varones) y las madres de los porcentajes obtenidos en nuestra muestra madrileña y la muestra total europea.

En tercer lugar, se muestra un estudio comparativo de la prevalencia de la situación laboral de los padres y las madres y las diferencias entre ambos relacionando la muestra madrileña con las muestras del resto de las zonas participantes.

Por último se extraen las conclusiones de los resultados analizados.

En el instrumento de medida utilizado, el cuestionario ESFA-98, consta en el apartado diez: "Algunas preguntas sobre tu Instituto o Colegio y tu casa", la pregunta veintidós: "¿Tienen trabajo pagado tu padre (o tutor) y tu madre o (tutora)? (Busca una respuesta para cada uno)". Este ítem hace referencia a la situación familiar laboral remunerada a la que pertenece el alumnado.

El ítem consta de siete categorías para responder en cada uno de los dos apartados, esto es, el padre y la madre. La formulación del primer ítem a responder es: "sí, trabaja 5 días o más a la semana".

A.7.1. La prevalencia de esta situación laboral en los padres (varones).

La prevalencia de los padres (varones) del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de la Comunidad de Madrid es de 72,5 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de los padres (varones) del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra total europea es de 74,1 %. (Véase la Tabla A-VII).

Comparando la prevalencia de los padres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra madrileña con la total europea aparece una diferencia de 1,6 puntos en los porcentajes.

Tabla A-VII: Prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable de situación laboral familiar de los padres, respecto a la frecuencia de trabajar cinco días o más a la semana, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Trabajo de los padres	Muestra TOTAL	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	España Barcelona	**España Madrid**	Portugal	Reino Unido
El padre trabaja 5 días por semana	74,1%	76,3%	74,7%	82,4%	74,6%	**72,5%**	76,6%	71,9%
La madre trabaja 5 días por semana	47,7%	63,3%	71,7%	25,7%	49,1%	**34,8%**	53,7%	48,7%

A.7.2. La prevalencia de esta situación laboral en las madres.

La prevalencia de las madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de la Comunidad de Madrid es de 34,8 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de las madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra total europea es de 47,7 %. (Véase la Tabla A-VII).

Comparando la prevalencia de las madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra madrileña con la muestra total europea aparece una diferencia de 12,9 puntos en los porcentajes.

En conclusión, tanto en la muestra madrileña como en la muestra total europea aparecen más padres que madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana. La muestra madrileña se aparta más de la muestra europea en lo que respecta a esta situación laboral en las madres (12,9 puntos) que en los padres (1,6) con una diferencia de 11,3 puntos en los que se apartan los padres (varones) y las madres por separado de la muestra total europea.

A.7.3. Diferencias de esta situación laboral entre los padres y las madres.

La diferencia de los porcentajes de la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres (72,5 %) (Véase la Tabla A-VII).y las madres (34,8 %) (Véase la Tabla A-VII). en nuestra muestra de la Comunidad de Madrid es de 37,7. Se puede apreciar que la diferencia es altamente significativa en este tipo de situación laboral de los padres con respecto a las madres, resultando a favor de los padres (varones).

La diferencia de los porcentajes de la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres (74,1 %) y las madres (47,7 %) (Véase la Tabla A-VII).en la muestra total europea es de 26,4. Se observa diferencia significativa en este tipo de situación laboral de los padres con respecto a las madres, siendo esta diferencia menor y no tan altamente significativa a la encontrada en la muestra madrileña.

Se puede concluir que la diferencia en la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres y las madres del alumnado de la Comunidad de Madrid, es significativamente mayor (37,7) que la diferencia de la situación laboral entre los padres y las madres del alumnado de la muestra total europea (26,4). En ambas muestras, la madrileña y la total europea, mayoritariamente son más los padres que las madres los que mantienen una situación laboral remunerada de una duración de cinco días o más.

A.7.4. Los padres (varones) del resto de zonas europeas de esta situación laboral.

La prevalencia de los padres (varones) del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra delos Países Bajos es 82,4 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de los padres (varones) del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de Portugal es de 76,6 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de los padres (varones) del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de Dinamarca es de 76,3 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de los padres (varones) del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de Finlandia es de 74,7 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de los padres (varones) del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de Barcelona (España) es de 74,6 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de los padres (varones) del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de Reino Unido es de 71,9 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de los padres (varones) del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra del resto de participantes, ordenada decrecientemente, corresponde por las zonas específicas, en primer lugar a Países Bajos, seguidos de Portugal, Dinamarca, Finlandia, Barcelona (España), Madrid (España) y en último lugar el Reino Unido.

La muestra de la Comunidad de Madrid ocupa la penúltima posición, ordenada la prevalencia de los padres (varones) del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra del resto de las zonas específicas participantes.

A.7.5. Las madres de esta situación laboral del resto de zonas europeas.

La prevalencia de las madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de Finlandia es, en términos de porcentaje, de 71,7 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de las madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de Dinamarca es, en términos de porcentaje, de 63,3%. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de las madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de Portugal es, en términos de porcentaje, de 53,7 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de las madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de Barcelona (España) es, en términos de porcentaje, de 49,1 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de las madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra del Reino Unido es, en términos de porcentaje, de 48,7%. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de las madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra de Los Países Bajos es, en términos de porcentaje, de 25,7 %. (Véase la Tabla A-VII).

La prevalencia de los madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de las muestras del resto de los participantes, ordenada decrecientemente, corresponde por las zonas específicas en primer lugar a Finlandia, seguida de Dinamarca, Portugal, Barcelona (España), el Reino Unido, Madrid (España) y en último lugar Los Países Bajos.

Nuestra muestra de la Comunidad de Madrid ocupa la penúltima posición, ordenada la prevalencia de las madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra del resto de las zonas específicas participantes.

A.7.6. Las diferencias entre padres y padres de esta situación la de esta situación laboral en el resto de zonas europeas.

La diferencia de los porcentajes de la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres (varones) y las madres en la muestra de los Países Bajos es de 56,7 puntos de diferencia entre los porcentajes.

La diferencia de los porcentajes de la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres (varones) y las madres en nuestra muestra de la Comunidad de Madrid (España) es de 37,7 puntos de diferencia entre los porcentajes.

La diferencia de los porcentajes de la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres (varones) y las madres en la muestra de Barcelona (España) es de 25,5 puntos de diferencia entre los porcentajes.

La diferencia de los porcentajes de la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres (varones) y las madres en la muestra del Reino Unido es de 23,2 puntos de diferencia entre los porcentajes.

La diferencia de los porcentajes de la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres (varones) y las madres en la muestra de Portugal es de 22,9 puntos de diferencia entre los porcentajes.

La diferencia de los porcentajes de la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres (varones) y las madres en la muestra de Dinamarca es de 13,0 puntos de diferencia entre los porcentajes.

La diferencia de los porcentajes de la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres (varones) y las madres en la muestra de Finlandia es de 3,0 puntos de diferencia entre los porcentajes.

La diferencia de los porcentajes de la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres (varones) y las madres en las muestras del resto de los participantes, ordenada decrecientemente, corresponde por las zonas específicas en primer lugar a Los Países Bajos, (56,7 puntos), seguidos de La Comunidad Autónoma de Madrid (España), Barcelona (España), el Reino Unido, Portugal, Dinamarca y ocupando la última posición Finlandia.

A.7.7. Conclusiones.

En conclusión, por lo expuesto anteriormente, se puede afirmar que en todas las muestras de todas y cada una de las zonas específicas participantes en el proyecto ESFA, mayoritariamente son más los padres que las madres los que mantienen una situación laboral remunerada de una duración de cinco días o más.

La muestra de la Comunidad de Madrid ocupa la penúltima posición, ordenada la prevalencia de los padres (varones) del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra del resto de las zonas específicas participantes. La primera posición se encuentra en Los Países Bajos y la última en el Reino Unido.

Nuestra muestra de la Comunidad de Madrid ocupa la penúltima posición, ordenada la prevalencia de las madres del alumnado que trabajan cinco días o más a la semana de la muestra del resto de las zonas específicas participantes. Finlandia ocupa la primera posición y la última Los Países Bajos.

A la vista de los resultados obtenidos, se puede concluir que la diferencia de los porcentajes en la situación laboral remunerada trabajando cinco días o más a la semana, entre los padres (varones) y las madres del alumnado de la Comunidad de Madrid, es significativamente mayor (37,7 puntos)) que la diferencia de la situación laboral entre los padres y las madres del alumnado de la muestra total europea (26,4 puntos). La mayor diferencia entre padres y madres aparece en los Países Bajos (56,7 puntos) y la menor diferencia en Finlandia (3,0 puntos).

A. 8. LA PREVALENCIA DE OTRAS VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS: LA VARIABLE DE SER O NO NATIVO DEL PAÍS, LA VARIABLE EDUCATIVA DE RELIGIÓN Y LA VARIABLE DE ESTRUCTURA FAMILIAR.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en otras variables pertenecientes a los ámbitos: sociodemográficos, educativos y familiares. (Véase la Tabla A-VIII).

A.8.1. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable demográfica de ser o no nativo en el país en el que se reside.

La prevalencia hallada en la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid respecto a la variable sociodemográfica de ser no nativo en el país en el que se reside es de 7,1 %. (Véase la Tabla A-VIII).

La prevalencia encontrada respecto a la variable sociodemográfica de ser no nativo en el país en el que se reside, en la muestra total europea es de 13,0 %. (Véase la Tabla A-VIII).

La diferencia de los porcentajes entre la muestra madrileña y la total europea es de 5,9 puntos.

Relacionando la tasa de prevalencia relativa a ser no nativo del país en el que se reside, encontrada en la muestra madrileña con las tasas de prevalencia del resto de las zonas específicas europeas, Madrid aparece ocupando el penúltimo lugar.

En orden decreciente, la posición primera, en la prevalencia de ser no nativo en el país en el que se reside, la ocupa Portugal de con (25,1 %), Los Países Bajos (22,6 %), Finlandia (10,1 %), Barcelona (9,8 %), el Reino Unido (8,4%), Madrid (7,1 %) y Dinamarca (6,8 %) se posiciona la última. (Véase la Tabla VIII).

A.8.2. La variable de tipo de educación con respecto a si ha recibido una educación en alguna religión o no.

En el instrumento de medida utilizado, el cuestionario ESFA-98, consta en el apartado diez: “Algunas preguntas sobre tu Instituto o Colegio y tu casa”, en la pregunta número veinticuatro: “¿Estás educado en alguna religión?”. Esta cuestión tiene siete alternativas de respuesta:

- Sí, católica.
- Sí, protestante.
- Sí, musulmana.
- Sí, budista.
- Sí, testigo de Jehová-
- Sí, otra: ¿cuál?.....
- No.

La prevalencia del total de la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid que responden afirmativamente a la cuestión de estar educados en alguna religión es de 75,2 %. (Véase la Tabla A-VIII).

La prevalencia de la muestra total europea de en términos de porcentaje es del 50,8 %. (Véase la Tabla A-VIII).

Al comparar los resultados obtenidos en la muestra madrileña con los de la muestra total europea, aparece una diferencia entre los porcentajes de 24,4 puntos de diferencia a favor de Madrid respecto a sí estar educados en alguna religión.

Comparando las muestras de cada zona europea participante con la muestra madrileña, la nuestra aparece ocupando la tercera posición, detrás de Finlandia que obtiene un porcentaje del 100 % y de Dinamarca (86,2 %). En orden decreciente se encuentran las zonas siguientes: Portugal (56,4 %), el Reino Unido (52,8 %), Barcelona (España) con un porcentaje de 50,9 % y Los Países Bajos (45,7 %) en último lugar. (Véase la Tabla A-VIII).

Tabla A-VIII: Prevalencia expresada en porcentajes respecto a la variable demográfica de ser o no nativo en el país en el que se reside, respecto a la variable educativa si ha recibido una educación en alguna religión o no, y respecto a la variable de tipo de estructura familiar, referida a pertenencia a una familia no nuclear, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Otras variables	Muestra TOTAL	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	España Barcelona	**España Madrid**	Portugal	Reino Unido
No nativos/as en el país.	13,0%	6,8%	10,1%	22,6%	9,8%	**7,1%**	25,1%	8,4%
Con educación en una religión.	50.8%	86.2%	100%	45.7%	50.9%	**75.2%**	56.4%	52.8%
Familia no nuclear.	24,0%	31,4%	33,7%	16,0%	24,8%	**11,4%**	25,2%	28,1%

A la vista de los resultados obtenidos se puede concluir que desde la perspectiva geográfica los dos países nórdicos participantes tienen mayor tasa de alumnado que

contesta que sí está educado en alguna religión, seguida de la tasa obtenida en la muestra de la Comunidad de Madrid (España).

A.8.3. La variable de tipo de estructura familiar, referida a pertenencia o no a una familia no nuclear.

En el instrumento de medida utilizado, el cuestionario ESFA-98, consta en el apartado primero: "Primero, unas pocas preguntas sobre ti". En su pregunta sexta: "¿Quiénes viven contigo en tu casa? (Marca las respuestas que apliquen a tu caso)".

Para hacer nuestra clasificación vamos a partir de la composición del grupo familiar, siempre sin olvidar que en nuestra sociedad, en nuestra ciudad conviven personas de diferentes culturas, clases sociales y con circunstancias económicas distintas, por eso es lógico que en el mismo espacio y al mismo tiempo podamos observar tipos de familia diversos (Fresnillo Poza, V. *et al*., 2000).

La familia nuclear está formada por la pareja y sus hijos. Es el modelo que predomina en las sociedades urbanas. En la sociedad actual podemos distinguir otros tipos de familia que aunque en su funcionamiento pueden acercarse mucho al de familia nuclear tienen algunas características diferenciadoras: familia monoparental, familia troncal, familia extensa o tradicional, familia de tejido secundario, abuelos acogedores (Fresnillo Poza, V. *et al*., 2000).

En la muestra de la Comunidad de Madrid, la prevalencia expresada en porcentaje respecto a la variable de pertenencia a una familia no nuclear es de 11,4 %. La prevalencia obtenida en la muestra total europea es de un porcentaje de 24%. (Véase la Tabla A-VIII). La diferencia entre el porcentaje de la muestra total europea y la de la comunidad madrileña es de 12,6 puntos.

En relación al resto de las muestras de las otras zonas participantes en el proyecto ESFA, la posición que ocupa la puntuación obtenida por la muestra de la Comunidad de Madrid es la última en la variable de pertenencia a una familia no nuclear.

En orden ascendente, la posición del resto de las zonas europeas es detrás de Madrid (España) con 11,4 %: Los Países Bajos (16,0 %), Barcelona (España) con 24,8 de prevalencia, Portugal (25,2 %), El Reino Unido (28,1 %), Dinamarca (31,4 %) y ocupando la primera posición, Finlandia (33,7 %). (Véase la Tabla A-VIII).

Como se puede observar, desde la perspectiva geográfica de las zonas, aparece una tendencia a la existencia de una prevalencia menor en Europa del Sur de pertenencia a un tipo de familia no nuclear respecto a los países de Europa del Norte.

La diferencia entre los porcentajes de nuestra muestra de Madrid, que ocupa el último lugar, y la de Finlandia, que se posiciona en primer lugar es de 22,3 puntos de diferencia.

En conclusión, los resultados obtenidos reflejan, que la muestra de la Comunidad de Madrid presenta la menor tasa de tipologías de familia no nuclear o desestructuradas y que en los países nórdicos aparecen las mayores tasas de este tipo de estructura familiar.

4 RESULTADOS.

Parte B.

3. RESULTADOS. Parte B.

Introducción.

En la parte B de los resultados se exponen los datos preliminares obtenidos de la aplicación del primer cuestionario ESFA para los adolescentes.

Más de 23.000 adolescentes de 12-13 años de edad de seis países europeos rellenaron el cuestionario ESFA de la primera medida. Los cuestionarios se distribuyeron a través de sus centros educativos.

El cuestionario ESFA contenía preguntas sobre la participación en diferentes conductas de riesgo social, incluyendo entre estas el consumo de otras sustancias adictivas, algunas de ellas de uso ilegal en algunos países.

Las cifras de prevalencia que encontramos pueden ser más altas que las informadas en otros estudios. Esto puede ser causado, no solo por las diferencias en los diseños de la investigación, por ejemplo, cuando se incluyen otros grupos de edad, sino también por el uso de diferentes procedimientos para garantizar la confidencialidad.

En nuestro estudio, los adolescentes sabían que nadie más que el equipo de investigación de la Universidad de Maastricht en los Países Bajos podía leer sus cuestionarios.

Así pues, todos/as los adolescentes de todas as muestras de los países europeos participantes, pueden haber respondido más honestamente que en otros estudios que investigan la participación de los adolescentes en diferentes conductas de riesgo social, incluidas las referentes al consumo de sustancias adictivas.

Desde la O.R.C.O. (La Oficina Regional de Coordinación Oncológica) perteneciente a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, la Directora de Proyecto ESFA- Madrid con el Director General dela ORCO, tuvimos que dar de alta el fichero ESFA en La Agencia Española de Protección de Datos, para garantizar el cumplimiento de la legislación de ámbito nacional, que entró en vigor en nuestro país en 1999, referente a la protección de datos.

Estimada la relevancia de la inclusión de datos confidenciales y de su uso, en aras al respeto a la intimidad, con especial mención, al trabajar con personas menores de edad, el fichero que contenía los datos de los adolescentes participantes en Proyecto ESFA- Madrid, fue el primer fichero de estas características en incorporarse oficialmente, al darse de alta ante la Agencia Española de Protección de Datos.

En la medida de la línea base, los nombres del alumnado lo rellenaban en la solapa del sobre ESFA, en el que personalmente metían el cuestionario ESFA rellenado y pegaban el sobre para cerrarlo con el compromiso de que solo se abriría en la Universidad de Maastricht en los Países Bajos.

Con la entrada en vigor de la Ley de Protección de Datos (1999) en España, para la aplicación de la siguiente medida del cuestionario ESFA, además, se hizo necesaria la disgregación entre los nombres del alumnado y los datos incluidos en el cuestionario ESFA para ser enviados a la Universidad de Maastricht en los Países Bajos. Para ello, al no incluirse los nombres, se utilizó para la identificación un código de barras. Idéntica coyuntura legislativa acontecía también en Finlandia.

Este cuestionario fue la primera de las cuatro mediciones que abarca el proyecto ESFA (European Smoking Prevention Framework Approach), cuya traducción al castellano puede ser Enfoque del Marco Europeo para la Prevención del Consumo del Tabaco.

Se describen a continuación resultados relevantes del análisis de los resultados preliminares obtenidos de la aplicación del primer cuestionario.

FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS.

La segunda parte B del estudio de la presente investigación doctoral tiene como principales objetivos los siguientes:

OBJETIVO GENERAL 1.- Describir, analizar y comparar la frecuencia de las tasas de participación y su prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable género, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

OBJETIVO GENERAL 2.- Describir, analizar y comparar la prevalencia expresada en porcentajes, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable del consumo de otras sustancias adictivas.

OBJETIVO GENERAL 3.- Describir, analizar y comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la participación en conductas de riesgo social.

OBJETIVO GENERAL 4.- Describir, analizar y comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la conducta de consumo del tabaco categorizada en las tres etapas.

OBJETIVO GENERAL 5.- Describir, analizar y comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable de la conducta de consumo del tabaco de los padres y de las madres.

OBJETIVO GENERAL 6.- Describir, analizar y comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad.

OBJETIVO GENERAL 7.- Describir, analizar y comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad.

OBJETIVO GENERAL 8.- Describir, analizar y comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas

europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes.

FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

En relación con los objetivos propuestos se proponen las siguientes hipótesis de trabajo:

HIPÓTESIS 1.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la frecuencia de las tasas de participación y su prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable género, en la Comunidad de Madrid (España), con el resto de las zonas específicas participantes y con la muestra total europea.

HIPÓTESIS 2.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia expresada en porcentajes, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable del consumo de otras sustancias adictivas.

HIPÓTESIS 3.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la participación en conductas de riesgo social.

HIPÓTESIS 4.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la conducta de consumo del tabaco categorizada en las tres etapas.

HIPÓTESIS 5.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable de la conducta de consumo del tabaco de los padres y de las madres.

HIPÓTESIS 6.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad.

HIPÓTESIS 7.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad.

HIPÓTESIS 8.- no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes.

La prevalencia de la muestra del proyecto ESFA en Madrid (España) y la comparabilidad con el resto de las zonas concretas europeas.

A continuación se muestran de los resultados obtenidos en la muestra del proyecto ESFA en la Comunidad de Madrid (España) y la comparabilidad con el resto de las zonas participantes específicas y en la muestra total europea.

Las variables medidas utilizando como instrumento de medida el cuestionario ESFA, que se presentan son las siguientes:

1. La prevalencia de las tasas de **participación** expresada en frecuencia del número de cada muestra y de la muestra total y su prevalencia expresada en porcentajes **con respecto a la variable de género**.
2. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto con a la variable del **consumo de otras sustancias adictivas**.
3. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto con a la variable de **la participación en conductas de riesgo social**.
4. La prevalencia del tabaquismo expresada en porcentajes con respecto a la variable del **consumo del tabaco categorizadas en tres etapas**.
5. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto con a la variable de **la conducta de fumar de los padres.**
6. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto con a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo (opino que fumar es...) relativa al grado de **deseabilidad del consumo de tabaco**.
7. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto con a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo (opino que fumar es...) relativa al **grado en que se percibe agradable** el **consumo de tabaco**.
8. La prevalencia expresada en porcentajes con respecto con a la variable de **ocupación del ocio y tiempo libre**.

La prevalencia de las tasas de participación expresada en frecuencia del número de cada muestra y de la muestra total y su prevalencia, expresada en porcentajes, obtenida en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas europeas específicas participantes, así como en la muestra total europea, puesta en relación con la variable género. (Véase la Tabla B-I).

La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de consumo de otras sustancias adictivas. (Véase la Tabla B-II).

La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la participación en conductas de riesgo social. (Véase la Tabla B-III).

La prevalencia del tabaquismo expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable de conducta de consumo del tabaco categorizada en tres etapas. (Véase la Tabla B-IV).

La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la conducta de fumar de los padres. (Véase la Tabla B-V).

La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo (opino que fumar es...) relativa al grado de deseabilidad del consumo de tabaco. (Véase la Tabla B-VI).

La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo (opino que fumar es...) relativa al grado de percepción de la agradabilidad del consumo de tabaco. (Véase la Tabla B-VII).

La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de ocupación del ocio y tiempo libre obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes. (Véase la Tabla B-VIII).

B. 1. LA PREVALENCIA DE **LAS TASAS DE PARTICIPACIÓN Y SU RELACIÓN CON** LA PREVALENCIA DE LA **VARIABLE GÉNERO.**

La prevalencia de las tasas de participación expresada en frecuencia del número de cada muestra y de la muestra total y su prevalencia, expresada en porcentajes, obtenida en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas europeas específicas participantes, así como en la muestra total europea, puesta en relación con la variable género, se presenta en la Tabla B-I.

El número de adolescentes total que participaron por país cada país y el total de la muestra europea, contestando el cuestionario ESFA de la primera medida se presenta en la siguiente tabla en la que se muestra la prevalencia según el género al que pertenecen los adolescentes (niños o niñas).

Tabla B-I: La frecuencia de **las tasas de participación** y su prevalencia expresada en porcentajes con respecto a la variable **género**, en la Comunidad de Madrid (España), en el resto de las zonas específicas participantes y en la muestra total europea.

Países	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	Portugal	Barcelona (España)	Madrid (España)	Reino Unido	TOTAL
Número	1771	2816	3998	3102	2002	3236	6627	23552
% Niños	50,2%	53,4%	50,7%	49,1%	51,1%	49,0%	49,6%	50,3%
% Niñas	49,8%	46,6%	49,3%	50,9%	48,9%	51,0%	50,4%	49,7%

El número de adolescentes participantes de la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid es de tres mil doscientos treinta y seis.

En la distribución de la prevalencia con respecto a la variable de género, masculino o femenino, de nuestra muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid, los varones representan el 49,0 %, ligeramente inferior a la proporción de mujeres que es un 51,0 %. (Véase la Tabla B-I).

La muestra de Madrid aparece con similar proporción de sujetos de sexo masculino y femenino junto con la muestra de Portugal. Ambas muestras son las que tienen una menor representación de varones con respecto a la muestra total europea.

Respecto a la posición del resto de los países de la muestra total europea, en orden creciente de representatividad de varones, se encuentra Reino Unido con un porcentaje de 49,6. Seguido de Dinamarca con 50,2% de varones en su muestra. El porcentaje de varones en los Países Bajos es de 50,7 % y en Barcelona (España) aparece el porcentaje de varones de 51,1 % en su muestra. (Véase la Tabla B-I).

Finalmente, el país que tiene en su muestra el mayor porcentaje de varones es Finlandia con el 53,4 %. (Véase la Tabla B-I).

La variable de género en relación con la conducta del tabaquismo, presenta gran relevancia dentro del contexto general del proyecto, dado que en el análisis de los resultados de la investigación ESFA se concluye la aparición de diferencias entre la variable género y la evolución en la conducta de inicio en el consumo del tabaco, especialmente desde la perspectiva de futuro para el diseño de intervenciones específicas para la prevención del inicio en el consumo del tabaco. (De Vries et al. 2003).

B. 2. LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES CON RESPECTO A LA VARIABLE DEL **CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS ADICTIVAS.**

En este apartado vamos analizar los resultados obtenidos a través del cuestionario ESFA en la primera medida respecto al consumo realizado al menos alguna vez, de las sustancias adictivas siguientes:

1. El consumo de bebidas con alcohol.
2. El consumo de éxtasis (MDMA).
3. El consumo de marihuana o hachís.

B. 2. 1.-El consumo de bebidas con alcohol.

En el cuestionario ESFA se incluye en el apartado once: "Preguntas sobre tu estilo de vida", la pregunta número uno: "Si piensas en los fines de semana (desde la tarde del viernes a la del domingo) y en los días de diario del mes pasado, ¿cuántos vasos de bebida alcohólica bebiste durante el mes pasado? Contesta las dos columnas por separado.

En el cuestionario ESFA se incluye en el apartado once: "Preguntas sobre tu estilo de vida", la pregunta número dos: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que tú haces? (marca sólo una respuesta por frase).

En el ítem número dos de dicha pregunta consta: "tomo bebidas con alcohol". Se presentan cinco alternativas de respuesta referidas a la frecuencia del consumo: al menos una vez a la semana; no semanalmente pero al menos una vez al mes; menos de una vez al mes; lo he hecho alguna vez; nunca.

Los datos obtenidos en nuestra muestra de la Comunidad de Madrid respecto a la variable estudiada de consumo de bebidas alcohólicas, indican que la prevalencia de los/as que han realizado esta conducta **al menos algunas veces** como consumidores de bebidas alcohólicas, expresada en porcentaje, es de un 18,7 %. (Véase la Tabla B-II).

La prevalencia de los/as que han consumido bebidas alcohólicas al menos algunas veces en la muestra total europea es del 42,3 %. Como adelantamos en el anterior apartado de resultados en la parte A, la prevalencia del alumnado que nunca había consumido bebidas con alcohol en la muestra total europea era de un 58,7 %. (Véase la Tabla A-VI).

Teniendo en consideración, la frecuencia de los/as que han consumido bebidas con alcohol al menos algunas veces, aparece una diferencia considerable entre los porcentajes de la muestra madrileña y la muestra total europea de 23,6 puntos. Esta diferencia es altamente significativa a favor de la muestra de la Comunidad de Madrid, que aparece como la que presenta una menor tasa de prevalencia del alumnado que ha consumido bebidas alcohólicas al menos algunas veces en comparación con las obtenidas en el resto de los países participantes.

Parece evidente y relevante destacar, que la muestra de Madrid, ocupa el último lugar en la prevalencia de los/as consumidores de bebidas alcohólicas al menos alguna vez, respecto a las muestras del resto de los países participantes.

La diferencia entre las tasas de prevalencia de los/as consumidores/as de bebidas alcohólicas al menos alguna vez, encontrada en Dinamarca, que ocupa la primera posición y en Madrid que ocupa la última posición, es altísimamente significativa. Dinamarca obtiene un 67,1% de consumidores al menos alguna vez de bebidas alcohólicas, frente a Madrid con un 18,7 %, lo que supone una diferencia que asciende a 48,4 puntos. (Véase la Tabla B-II).

Respecto a la prevalencia de la variable del consumo de alcohol con una frecuencia de al menos algunas veces, el lugar que ocupan el resto de las zonas participantes en orden creciente detrás de Madrid es, Barcelona con 21,4%, Portugal con 22,7%, los Países Bajos con 42,2%, Finlandia con 51,6%, el Reino Unido con 56,3% y por último Dinamarca con un 67,1%. (Véase la Tabla B-II).

El análisis de los datos indica que las tres muestras situadas geográficamente en Europa del Sur (Madrid, Barcelona y Portugal) obtienen resultados similares e inferiores en el consumo de alcohol de al menos una vez, que se diferencian significativamente de los encontrados en los países nórdicos y de Centro-Europa.

Se puede observar en la Tabla B-II, la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable del consumo de otras sustancias adictivas.

Los resultados de la Tabla B-II, hacen referencia a la frecuencia del comportamiento indicado cuando se ha realizado al menos algunas veces.

Tabla B-II: La prevalencia expresada en porcentajes, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable del **consumo de otras sustancias adictivas.**

Países	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	Portugal	Barcelona (España)	Madrid (España)	Reino Unido
Consumo de bebidas con alcohol	67,1%	51,6%	42,2%	22,7%	21,4%	18,7%	56,3%
Consumo de marihuana o hachís	2,8%	2,2%	1,4%	1,4%	2,0%	1,8%	2,3%
Consumo de éxtasis (MDMA)	1,0%	0,8%	0,3%	1,4%	1,0%	0,9%	0,8%

B. 2. 2. El consumo de marihuana o hachís.

En el cuestionario ESFA se incluye en el apartado once: “Preguntas sobre tu estilo de vida”, la pregunta número dos: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que tú haces? (marca sólo una respuesta por frase).

En el ítem número cuatro de dicha pregunta consta: “tomo marihuana o hachís”. Se presentan cinco alternativas de respuesta referidas a la frecuencia del consumo:

- al menos una vez a la semana;
- no semanalmente pero al menos una vez al mes;
- menos de una vez al mes;
- lo he hecho alguna vez;
- nunca.

En la muestra madrileña el resultado obtenido de la prevalencia del consumo de marihuana o hachís de al menos algunas veces es en términos de porcentajes de 1,8%.(Véase la Tabla B-II).

Nuestra muestra madrileña ocupa la tercera posición después de Portugal y los Países Bajos que consiguen idéntica puntuación (1,4 %). La diferencia con Madrid es de cuatro décimas. En orden creciente a mayor porcentaje de prevalencia de consumo de marihuana o hachís, se encuentran Barcelona, Finlandia, el Reino Unido y Dinamarca, que obtiene la mayor tasa (2,8 %).(Véase la Tabla B-II).

La diferencia de porcentajes entre Madrid y Dinamarca es de un punto.

B. 2. 3. Consumo de éxtasis (MDMA).

En el cuestionario ESFA se incluye en el apartado once: “Preguntas sobre tu estilo de vida”, la pregunta número dos: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que tú haces? (marca sólo una respuesta por frase).

En el ítem número ocho de dicha pregunta consta: “tomo éxtasis o pastillas de diseño”. Se presentan cinco alternativas de respuesta referidas a la frecuencia del consumo:

- al menos una vez a la semana;
- no semanalmente pero al menos una vez al mes;
- menos de una vez al mes;
- lo he hecho alguna vez;
- nunca.

En la muestra madrileña el resultado obtenido de la prevalencia del consumo de éxtasis o pastillas de diseño de, al menos algunas veces, es expresado en términos de porcentajes de 0,9%.(Véase la Tabla B-II).

La muestra del país que obtiene menor prevalencia del consumo de éxtasis o pastillas de diseño al menos algunas veces, es expresado en términos de porcentajes la de los Países Bajos (0,3 %), seguida del Reino Unido y Finlandia, que obtienen idénticos porcentajes (0,8 %). La siguiente posición ordinal creciente la ocupa la muestra madrileña (0,9 %), seguida por Dinamarca y Barcelona que consiguen idéntica puntuación (1.0 %). Y por último, la muestra que tiene la mayor tasa de prevalencia del consumo de éxtasis o pastillas de diseño, es la perteneciente a Portugal (1,4 %).(Véase la Tabla B-II).

B. 2. 4. Conclusiones.

1. En el área de consumo de otras sustancias adictivas, una gran parte de los jóvenes de doce y trece años tenía experiencia con el alcohol.

2. En los países del norte de Europa, es mayor la cantidad de adolescentes que habían probado el alcohol, al menos algunas veces, en comparación con los países del sur de Europa.

3. La prevalencia del uso del cannabis (marihuana o hachís) y del éxtasis (MDMA) era relativamente baja en todos los países.

4. La prevalencia del consumo de otras sustancias de Madrid (España) en relación con el resto de la muestra europea analizada es, en la variable de consumo de bebidas con alcohol la más baja con respecto al resto de los países participantes. Madrid obtiene un porcentaje de 18,7% y Dinamarca la mayor prevalencia con 67,1% de porcentaje.

5. En el ítem de consumo de marihuana y hachís al menos algunas veces, en Madrid se obtiene un porcentaje 0,4% mayor que en los Países Bajos y Portugal que tienen idéntica puntuación de 1,4%. Madrid, Países Bajos y Portugal obtienen porcentajes inferiores al resto de los países participantes, que tienen porcentajes mayores. En orden creciente se encuentran Barcelona, Finlandia, Reino Unido y Dinamarca que presenta la prevalencia mayor con un porcentaje de 2,8%.

6. En la variable de consumo de éxtasis, es en los Países Bajos donde aparece la prevalencia menor (0,3%) seguida en orden creciente de Finlandia y Reino Unido con idéntico porcentaje (0,8%) y Madrid (España) con 0,9% de prevalencia, continuando con Barcelona y Dinamarca que tienen idéntico porcentaje (1,0%) y terminando con Portugal que obtiene un 1,4%.

B. 3. LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES CON RESPECTO A LA VARIABLE DE **LA PARTICIPACIÓN EN CONDUCTAS DE RIESGO SOCIAL.**

En este apartado vamos analizar los resultados obtenidos a través del cuestionario ESFA en la primera medida respecto al consumo realizado al menos algunas veces, de la participación en las conductas de riesgo social siguientes:

1. La conducta de jugar apostando dinero.
2. La conducta de absentismo escolar.
3. La conducta de pelearse con otros/as.
4. La conducta de destrozo de cosas.
5. La conducta de robar o quitar cosas.

B. 3. 1. La conducta de jugar apostando dinero.

En el cuestionario ESFA se incluye en el apartado once: "Preguntas sobre tu estilo de vida", la pregunta número dos: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que tú haces? (marca sólo una respuesta por frase).

En el ítem número tres de dicha pregunta consta: "me juego dinero". Se presentan cinco alternativas de respuesta referidas a la participación en la conducta de jugar apostando dinero:

- al menos una vez a la semana;
- no semanalmente pero al menos una vez al mes;
- menos de una vez al mes;
- lo he hecho alguna vez;
- nunca.

En el ítem: "Jugar apostando dinero" en la muestra madrileña el resultado obtenido de la prevalencia es de un porcentaje de 10,6%, situado por encima de Portugal (5,3%), Barcelona (7,5 %)y Países Bajos (9,2 %) y situado por debajo de Dinamarca (19,3 %), el Reino Unido (22,9 %) y de Finlandia que obtiene la mayor prevalencia con 75,4%.

La conducta de riesgo del juego apostando dinero parece ser más popular en ambos países escandinavos y el Reino Unido, que en el resto de países participantes.

B. 3. 2. La conducta de absentismo escolar.

En el cuestionario ESFA se incluye en el apartado once: “Preguntas sobre tu estilo de vida”, la pregunta número dos: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que tú haces? (marca sólo una respuesta por frase).

En el ítem número nueve de dicha pregunta consta: “hago pellas o novillos y falto a clase”. Se presentan cinco alternativas de respuesta referidas a la frecuencia de realizar la conducta de faltar a clase al menos algunas veces:

- al menos una vez a la semana;
- no semanalmente pero al menos una vez al mes;
- menos de una vez al mes;
- lo he hecho alguna vez;
- nunca.

En el ítem de ausencias al colegio o instituto, faltando a clases haciendo pellas o novillos, denominado absentismo escolar, Madrid se sitúa con un porcentaje de 5,0% en orden creciente en la tercera posición detrás de Los Países Bajos (3,7%) y de Barcelona (4,6%) y por delante del Reino Unido (6,3%), Portugal (16,7%), Finlandia (22,9%) y de Dinamarca que obtiene la mayor prevalencia con un 25,5%.

La muestra madrileña presenta un patrón medio-bajo de prevalencia de conductas de absentismo escolar en comparación con los obtenidos en las muestras del resto de los países europeos participantes.

Es significativa la diferencia entre los porcentajes de la muestra madrileña y la de Dinamarca es de 20,5 puntos de diferencia.

No aparece una diferencia significativa entre los porcentajes de la muestra madrileña y la de Los Países Bajos, que obtiene la menor prevalencia.

El absentismo escolar muestra diferentes patrones: relativamente altos en Dinamarca, Finlandia y Portugal. La menor prevalencia aparece en Los Países Bajos y en España.

B. 3. 3. La conducta de pelearse con otro/as.

En el cuestionario ESFA se incluye en el apartado once: “Preguntas sobre tu estilo de vida”, la pregunta número dos: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que tú haces? (marca sólo una respuesta por frase).

En el ítem número diez de dicha pregunta consta: “me peleo con otros/as”. Se presentan cinco alternativas de respuesta referidas a la frecuencia de realización del comportamiento de palearse con otros/as:

- al menos una vez a la semana;
- no semanalmente pero al menos una vez al mes;
- menos de una vez al mes;
- lo he hecho alguna vez;
- nunca.

Respecto al ítem de pelearse con otros, en orden creciente, de menor a mayor porcentaje, Madrid con un porcentaje de 33,1%,se sitúa detrás de Portugal (19,5%) que obtiene la menor prevalencia y de Los Países Bajos (31,6%) en comparación con el resto de participantes, que tienen una prevalencia mayor: Reino Unido (33,3%), Barcelona (34,4%) y Dinamarca con 43,9%.

El comportamiento de, luchar o pelearse con otr@s al menos algunas veces se reporta menos frecuente en Portugal.

No aparece una diferencia excesivamente significativa entre los porcentajes de la muestra madrileña y la de Portugal, que obtiene la menor prevalencia. Esta diferencia entre porcentajes asciende a 13,6 puntos.

La diferencia entre los porcentajes obtenidos en la muestra madrileña y la de Barcelona es baja y no significativa. El resultado de la diferencia asciende a 1,3 puntos.

Se observa la aparición de porcentajes muy similares en Madrid y en Reino Unido, con una diferencia entre ellos de tan solo dos décimas.

En la muestra madrileña el resultado obtenido de la prevalencia del comportamiento de luchar o pelearse con otr@s en comparación con el resto de los países participantes se sitúa dentro de los rangos más bajos.

A continuación se expone la Tabla B-III en la que consta la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la participación en conductas de riesgo social . (Véase la Tabla B-III).

Tabla B-III: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de **la participación en conductas de riesgo social**.

Países	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	Portugal	Barcelona (España)	Madrid (España)	Reino Unido
Jugar apostando dinero	19,3%	75,4%	9,2%	5,3%	7,5%	10,6%	22,9%
Absentismo escolar	25.5%	22.9%	3.7%	16.7%	4.6%	5.0%	6.3%
Pelearse con otros/as	43,9%	*	31,6%	19,5%	34,4%	33,1%	33,3%
Destrozo de cosas	12,3%	*	11,8%	8,5%	30,8%	14,7%	14,9%
Robar o quitar cosas	14,0%	*	4,5%	4,5%	10,1%	8,6%	8,5%

*Esta pregunta fue eliminada en la adaptación del cuestionario ESFA finlandés por razones culturales.

El análisis de los resultados obtenidos relativos a la prevalencia expresada en porcentajes con respecto con a la variable de la participación en conductas de riesgo social, hace referencia a la frecuencia a cuando el comportamiento realizado al menos algunas veces.

La variable de la participación en conductas de riesgo hace referencia a algunos de los comportamientos antisociales medidos a través del cuestionario ESFA.

B. 3. 4. La conducta de destrozar cosas.

En el cuestionario ESFA se incluye en el apartado once: “Preguntas sobre tu estilo de vida”, la pregunta número dos: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que tú haces? (marca sólo una respuesta por frase).

En el ítem número once de dicha pregunta consta: “destrozo cosas”. Se presentan cinco alternativas de respuesta referidas a la frecuencia dicho comportamiento antisocial:

- al menos una vez a la semana;
- no semanalmente pero al menos una vez al mes;
- menos de una vez al mes;
- lo he hecho alguna vez;
- nunca.

Los resultados en el ítem que interroga sobre la conducta de destrozar cosas, Madrid obtiene una prevalencia de 14,7%, ocupando una posición detrás de Portugal (8,5%) , de Los Países Bajos (11,8%)y de Dinamarca (12,3%) . Por delante se sitúan Reino Unido (14,9%) y Barcelona con la mayor prevalencia de 30,8%.

La prevalencia de la conducta de destrozar cosas se reporta más a menudo en Barcelona con una diferencia significativa entre los porcentajes obtenidos en el resto de las muestras europeas.

Aparece una diferencia significativa entre los porcentajes de la muestra madrileña y la de Barcelona, que obtiene la mayor prevalencia. Esta diferencia entre porcentajes asciende a 16,1 puntos.

La diferencia entre los porcentajes obtenidos en la muestra madrileña y la de Portugal, que obtiene la menor prevalencia, es baja y no significativa. El resultado de la diferencia entre porcentajes asciende a 6,2 puntos.

Se observa la aparición de porcentajes muy similares en Madrid y en Reino Unido, con una diferencia entre ellos de tan solo dos décimas en la conducta antisocial de destrozar cosas. Exacta diferencia entre porcentajes de la puntuación a la obtenida en el ítem de pelearse con otros/as.

En la muestra madrileña el resultado obtenido de la prevalencia del comportamiento antisocial de destrozar cosas en comparación con el resto de los países participantes se sitúa dentro de los rangos inferiores.

B. 3. 5. La conducta de robar o quitar cosas.

En el cuestionario ESFA se incluye en el apartado once: “Preguntas sobre tu estilo de vida”, la pregunta número dos: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que tú haces? (marca sólo una respuesta por frase).

En el ítem número doce de dicha pregunta consta: “robo quito cosas”. Se presentan cinco alternativas de respuesta referidas a la frecuencia de la conducta antisocial de robar o quitar cosas:

- al menos una vez a la semana;
- no semanalmente pero al menos una vez al mes;
- menos de una vez al mes;
- lo he hecho alguna vez;
- nunca.

Las conductas de robar o quitar cosas se informa que acontecía con menos frecuencia en los Países Bajos y Portugal.

En relación a los porcentajes obtenidos en el ítem “robo o quito cosas” en Madrid es de 8,6%, presentando mayor prevalencia que en Los Países Bajos y Portugal que obtienen idéntico porcentaje (4,5%) y que en Reino Unido (8,5%). En este ítem la prevalencia en Madrid es menor que en Barcelona (10,1%) y que en Dinamarca que obtiene el porcentaje mayor (14%).

La prevalencia de la conducta de destrozar cosas se reporta más a menudo en Dinamarca sin una diferencia significativa entre los porcentajes obtenidos en el resto de las muestras europeas.

No aparece una diferencia significativa entre los porcentajes de la muestra madrileña y la de Dinamarca, que obtiene la mayor prevalencia. Esta diferencia entre porcentajes asciende a 5,4 puntos.

La diferencia entre los porcentajes obtenidos en la muestra madrileña y la de Portugal y los Países Bajos, que obtienen la menor prevalencia, es baja y no significativa. El resultado de la diferencia entre porcentajes asciende a 4,1 puntos de diferencia.

Se observa la aparición de porcentajes muy similares en Madrid y en Reino Unido, con una diferencia entre ellos de tan solo una décima en la conducta antisocial de robar o quitar cosas. Se observa la aparición de escasas o mínimas diferencias entre porcentajes de la puntuación a la obtenida en otros de los ítems de participación en conductas antisociales como el comportamiento de pelearse con otros/as y la conducta de destrizar cosas.

En la muestra madrileña el resultado obtenido de la prevalencia del comportamiento antisocial de destrozar cosas en comparación con el resto de los países participantes se sitúa dentro de los rangos inferiores, ocupando la segunda posición en el ranking después de Portugal y los Países Bajos.

B. 3. 6. Conclusiones.

1. El juego apostando dinero parece ser más popular en ambos países escandinavos y el Reino Unido, que en el resto de países participantes.

2. El absentismo escolar muestra diferentes patrones: relativamente altos en Dinamarca, Finlandia y Portugal.

3. La lucha o peleas con otros/as se reporta menos frecuente en Portugal, mientras que la conducta de destrozar cosas se reporta más a menudo en Barcelona.

4. Las conductas de robar o quitar cosas se informa que acontecía con menos frecuencia en los Países Bajos y Portugal.

5. La prevalencia de las conductas de riesgo psicosocial encontradas en la muestra de Madrid en relación con el resto de los países participantes no destaca en la mayoría de las variables estudiadas ni por su bajo ni alto nivel.

6. En el ítem: "Jugar apostando dinero" Madrid obtiene un porcentaje de 10,6%, situado por encima de Portugal (5,3%), Barcelona y Países Bajos y situado por debajo de Dinamarca, Reino Unido y de Finlandia que obtiene la mayor prevalencia con 75,4%.

7. En el ítem de ausencias al colegio o instituto, faltando a clases haciendo pellas o novillos, denominado absentismo escolar, Madrid se sitúa con un porcentaje de 5,0% en orden creciente en la tercera posición detrás de Los Países Bajos (3,7%) y de Barcelona (4,6%) y por delante de Reino Unido (6,3%), Portugal (16,7%), Finlandia (22,9%) y de Dinamarca que obtiene la mayor prevalencia con un 25,5%.

8. Respecto al ítem de pelearse con otros, en orden creciente, de menor a mayor porcentaje, Madrid con un porcentaje de 33,1%,se sitúa detrás de Portugal (19,5%) que obtiene la menor prevalencia y de Los Países Bajos (31,6%) en comparación con el resto de participantes, que tienen una prevalencia mayor: Reino Unido (33,3%), Barcelona (34,4%) y Dinamarca con 43,9%.

9. Los resultados en el ítem que interroga sobre la conducta de destrozar cosas, Madrid obtiene una prevalencia de 14,7%, ocupando una posición detrás de Portugal (8,5%) , de Los Países Bajos (11,8%)y de Dinamarca (12,3%) . Por delante se sitúan Reino Unido (14,9%) y Barcelona con la mayor prevalencia de 30,8%.

10. En relación a los porcentajes obtenidos en el ítem "robo o quito cosas" en Madrid es de 8,6%, presentando mayor prevalencia que en Los Países Bajos y Portugal que obtienen idéntico porcentaje (4,5%) y que en Reino Unido (8,5%). En este ítem la prevalencia en Madrid es menor que en Barcelona (10,1%) y que en Dinamarca que obtiene el porcentaje mayor (14%).

B.4. LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES CON RESPECTO A LA VARIABLE DE **LA CONDUCTA DE CONSUMO DEL TABACO CATEGORIZADA EN TRES ETAPAS.**

En el cuestionario ESFA se incluye en el apartado noveno: "¿Fumas?", la pregunta número dos: "¿Cuál de las siguientes afirmaciones está más cerca de tu caso? (marca sólo una respuesta por frase)."

En el anterior ítem número dos se presentan nueve alternativas de respuesta referidas a la frecuencia de la conducta de fumar:

1. Fumo al menos una vez al día.
2. No fumo a diario, pero sí al menos una vez a la semana.
3. No fumo semanalmente, pero sí al menos una vez al mes.
4. Fumo menos de una vez al mes.
5. Estoy empezando a fumar de vez en cuando.
6. He dejado de fumar después de haber fumado al menos una vez por semana.
7. He dejado de fumar, he fumado siempre menos de una vez a la semana.
8. He intentado fumar de vez en cuando, pero no he vuelto a fumar.
9. Nunca he fumado un cigarrillo, ni siquiera una calada.

Para la categorización de la conducta de fumar los criterios empleados fueron los siguientes:

1. Si se fuma al menos una vez a la semana se consideró como un fumador,
2. fumar después de haber probado el tabaco pero con menor frecuencia de una vez por semana era considerado como un experimentador, y
3. nunca haber fumado ni siquiera una calada o haber dejado de fumar después de experimentar fueron considerados como no fumadores.

A continuación se expone la Tabla B-IV en la que consta la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la conducta de consumo del tabaco categorizada en las tres etapas. (Véase la Tabla B-IV).

Tabla B-IV: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de **la conducta de consumo del tabaco categorizada en las tres etapas**.

Países	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	Portugal	Barcelona (España)	Madrid (España)	Reino Unido
Fumadores	7,5%	9,5%	5,9%	5,1%	4,3%	6,2%	6,1%
Experimentadores	14,7%	15,0%	10,1%	6,5%	9,1%	6,9%	9,9%
No fumadores	77,8%	75,5%	84,0%	88,4%	86,6%	86,9%	84,0%

La prevalencia de tabaquismo (fumadores y experimentadores juntos) varió entre el 11,6% en Portugal y un 24,5% en Finlandia.

La prevalencia del consumo de tabaco tiende a ser la más alta en los países escandinavos, que tienen el mayor porcentaje de fumadores y experimentadores. En Portugal y Madrid, el número de experimentadores es la prevalencia más baja encontrada.

B.4. 1. La prevalencia de **no fumadores** en Madrid con respecto al resto de los países participantes.

La muestra de Madrid ha obtenido un porcentaje de no fumadores de 86,9% ocupando la segunda posición más alta de prevalencia detrás de Portugal (88,4%).

En orden decreciente de tasa de prevalencia de no fumadores/as la ocupan los siguientes participantes: Barcelona (86,6%), Los Países bajos y Reino Unido, que obtienen idéntico porcentaje (84,0%), Dinamarca (77,8%) y Finlandia presenta la menor prevalencia de no fumadores/as con 75,5%.

Comparando el resultado encontrado en la muestra madrileña con la de Portugal, que es la de la mayor prevalencia hallada, la diferencia entre estos porcentajes asciende solo a 1,5 puntos de diferencia, apareciendo esta diferencia como no significativa.

Al comparar los porcentajes de Madrid y de Finlandia, que presenta la menor prevalencia de no fumadores/as, la diferencia es de 11,4 puntos.

B.4. 2. La prevalencia de **fumadores** en Madrid con respecto al resto de los países participantes.

Como se puede observar en la Tabla B-IV, la prevalencia de consumo de tabaco, expresada en términos porcentaje, relativa a la variable de consumo de tabaco de la frecuencia al menos semanal obtenida en la muestra de Madrid es de 6,2 %. (Véase la Tabla B-IV).

En la variable de la prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, con respecto al consumo de tabaco de la frecuencia al menos semanal, Madrid ha obtenido un porcentaje de 6,2%, quedando por debajo en orden decreciente a el Reino Unido (6,1%), los Países Bajos (5,9%), Portugal (5,1%) y Barcelona, siendo ésta la de menor prevalencia con 4,3%.

Por delante de Madrid aparecen dos países: Dinamarca con 7,5% y Finlandia que presenta la mayor prevalencia (9,5%) en comparación con el resto de los países participantes.

La tasa de prevalencia del tabaquismo de consumo al menos semanal en la Comunidad de Madrid (España), es solo una décima superior a la encontrada en la muestra del Reino Unido.

La diferencia entre los porcentajes de Madrid y de los Países Bajos asciende solamente a tres décimas.

La diferencia entre los porcentajes de Madrid y de Portugal es de 1,1 puntos y por ello no es significativa.

La diferencia entre los porcentajes hallados en Madrid y en Barcelona es de 1,9 puntos, no siendo significativa.

La diferencia entre Madrid y Dinamarca es de 1,3 puntos a favor de la última.

La diferencia entre Madrid y Finlandia es de 3,3 puntos superior en la última.

En resumen, los resultados de la prevalencia de la muestra madrileña comparada con la obtenida en el resto de las muestras europeas, indican que en Madrid aparece una prevalencia similar en el consumo de tabaco semanal.

B.4. 3. La prevalencia de **experimentadores de la conducta de fumar** en Madrid con respecto al resto de los países participantes.

Como se puede observar en la Tabla B-IV, la prevalencia de consumo de tabaco, expresada en términos porcentaje, relativa a la variable de consumo de tabaco con menor frecuencia de una vez por semana, obtenida en la muestra de Madrid es de 6,2 %. (Véase la Tabla B-IV).

En la variable de la prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, con respecto al consumo de tabaco con menor frecuencia de una vez por semana, Madrid ha obtenido un porcentaje de 6,9 %, quedando por debajo en orden decreciente a Portugal, que obtiene la menor prevalencia de todas las muestras estudiadas.

En el grupo de fumadores experimentadores, Madrid obtiene una prevalencia de 6,9%, situándose detrás de Portugal (6,5%). Por delante de Madrid y en orden creciente se sitúan: Barcelona con un 9,1%, Reino Unido con 9,9%, los Países Bajos con 10,1%, Dinamarca con 14,7% y con la mayor prevalencia de experimentadores Finlandia con un porcentaje del 15%.

La diferencia entre los porcentajes hallados en Madrid y Portugal es de tan solo cuatro décimas, no siendo significativa. Por lo tanto, las muestras de Portugal y Madrid son las de menor prevalencia de experimentadores en el consumo del tabaco.

La diferencia entre los porcentajes hallados en Madrid y en Barcelona asciende a 2,2 puntos. No aparece una diferencia significativa.

La diferencia entre los porcentajes hallados en Madrid y en el Reino Unido es de 3,0 puntos. No aparece una diferencia significativa.

La diferencia entre los porcentajes hallados en Madrid y en Los Países Bajos asciende a 3,2 No aparece una diferencia significativa.

La diferencia entre los porcentajes hallados en Madrid y en Dinamarca es de 7,8 puntos. No aparece una diferencia significativa.

La diferencia entre los porcentajes hallados en Madrid y en Finlandia, que obtiene la mayor prevalencia de todas las muestras europeas participantes, asciende a 8,1 puntos.

La diferencia entre Portugal, con la menor prevalencia y Finlandia, con la mayor prevalencia asciende a 8,5 puntos.

En resumen, Madrid y Portugal tienen las menores prevalencias de fumadores/as experimentadores/as respecto al resto de las zonas participantes.

B.4. 4. Conclusiones.

1. La prevalencia de tabaquismo (**fumadores y experimentadores juntos**) varió entre el 11,6% en Portugal y un 24,5% en Finlandia. La prevalencia del consumo de tabaco aparece ser la más alta en los países escandinavos, que tiene el mayor porcentaje de fumadores y experimentadores.

2. Madrid ha obtenido un porcentaje de **no fumadores** de 86,9% ocupando la segunda posición más alta de prevalencia detrás de Portugal (88,4%). En orden decreciente de tasa de prevalencia la ocupan los siguientes participantes: Barcelona (86,6%), Los Países bajos y Reino Unido con idéntico porcentaje (84,0%), Dinamarca (77,8%) y Finlandia presenta la menor prevalencia de no fumadores con 75,5%.

3. Respecto a la variable "**ser fumador**" Madrid ha obtenido un porcentaje de 6,2%, quedando por debajo en orden decreciente a Reino Unido (6,1%), los Países Bajos (5,9%), Portugal (5,1%) y Barcelona, siendo ésta la de menor prevalencia con 4,3%. Por delante de Madrid aparecen dos países: Dinamarca con 7,5% y Finlandia que presenta la mayor prevalencia (9,5%) comparada con el resto de los participantes.

4. En el grupo de **fumadores/as experimentadores/as**, Madrid obtiene una prevalencia de 6,9%, situándose detrás de Portugal (6,5%). Por delante de Madrid y en orden creciente se sitúan: Barcelona con un 9,1%, Reino Unido con 9,9%, los Países Bajos con 10,1%, Dinamarca con 14,7% y con la mayor prevalencia de experimentadores Finlandia con un porcentaje del 15%.

5. En Portugal y Madrid, el número de experimentadores es la prevalencia más baja hallada.

B. 5. LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES CON RESPECTO A LA VARIABLE DE **LA CONDUCTA DE FUMAR DE LOS PADRES Y DE LAS MADRES.**

Uno de los objetivos del estudio era determinar la conducta de fumar de los adolescentes y sus ideas acerca del consumo del tabaco. Además, se pidió a la percepción de la conducta de fumar de sus padres.

A continuación se expone la Tabla B-V en la que consta la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable de la conducta de consumo del tabaco de los padres y madres. (Véase la Tabla B-V).

Tabla B-V: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable de **la conducta de consumo del tabaco de los padres y de las madres**.

Países	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	Portugal	Barcelona (España)	Madrid (España)	Reino Unido
Padre fumador	48,1%	39,8%	40,9%	45,0%	52,9%	52,2%	36,3%
Madre fumadora	47,0%	33,1%	35,9%	24,6%	42,6%	44,5%	32,3%

En el primer cuestionario ESFA se incluye en el apartado cuarto: “En las siguientes preguntas queremos saber quiénes de la personas mencionadas fuman.”. Este apartado incluye cinco preguntas. Entre ellas está la pregunta número uno: “¿Fuma tu madre(o tutora) y la pregunta número dos: “¿Fuma tu padre(o tutor).”

En los anteriores ítems las preguntas número uno y dos presentan cuatro alternativas de respuesta referidas a la conducta de fumar de la madre y el padre:

a. Sí.

b. No.

c. No lo sé.

d. No tengo o no vive en mi casa.

B. 5. 1. La prevalencia de **la conducta de fumar de los padres (varones)** en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

Como se puede observar en la Tabla B-V, la prevalencia de consumo de tabaco por parte de los padres (varones), expresada en términos porcentaje, obtenida en la muestra de Madrid es de 52,2 %. (Véase la Tabla B-V).

En la variable de la prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, con respecto al consumo por parte de los padres (varones), la muestra de Madrid ha obtenido un porcentaje de 52,2 %, quedando por debajo en orden decreciente de la muestra de Barcelona que ocupa la primera posición, al obtener el porcentaje superior respecto al resto de las muestras europeas participantes, que en la citada variable asciende al 52,2 % de aparición de la conducta de fumar de los padres (varones) en la muestra barcelonesa.

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la barcelonesa es de tan solo siete décimas superior en la muestra de Barcelona. Por tanto, esta diferencia encontrada no es significativa.

Las muestras españolas de Barcelona y Madrid, según indican los resultados, son las que obtienen la mayor prevalencia en la conducta de fumar de los padres (varones) en comparación con el resto de los países europeos participantes del proyecto ESFA en su primera medida.

En orden decreciente, detrás de las muestras españolas, la posición que ocupan el resto de los países europeos participantes, en la prevalencia de la conducta de fumar de los padres (varones), es la siguiente:

En la tercera posición, la muestra de Dinamarca con una prevalencia, expresada en términos de porcentaje de 48,1 %. (Véase la Tabla B-V).

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la danesa, asciende a 4,1 puntos a favor de la muestra de Madrid.

La cuarta posición la ocupa la muestra de Portugal con una prevalencia, expresada en términos de porcentaje, de 45,0 %. (Véase la Tabla B-V).

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la portuguesa, asciende a 7,2 puntos, inferior a los hallados en Madrid en la prevalencia de la conducta de fumar de los padres (varones).

La posición quinta la obtiene la muestra de Los Países Bajos con una prevalencia, expresada en términos de porcentaje de 40,9 %. (Véase la Tabla B-V).

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la holandesa, asciende a 11,3, puntos inferior a los hallados en Madrid en la prevalencia de la conducta de fumar de los padres (varones).

En la sexta posición se sitúa la muestra de Finlandia con una prevalencia, expresada en términos de porcentaje de 39,8 %. (Véase la Tabla B-V).

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la finlandesa, asciende a 12,4 puntos, inferior a los hallados en Madrid en la prevalencia de la conducta de fumar de los padres (varones).

Y por último, la séptima posición se encuentra en la muestra de El Reino Unido con una prevalencia, expresada en términos de porcentaje de 36,3 %. (Véase la Tabla B-V).

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la británica, asciende a 15,9 puntos, inferior a los hallados en Madrid en la prevalencia de la conducta de fumar de los padres (varones).

Al comparar la muestra que obtiene la mayor prevalencia de la conducta de fumar de los padres (varones), ésta es la barcelonesa, con la muestra que obtiene la menor prevalencia en dicha conducta, es decir, la muestra británica, encontramos una diferencia entre los porcentajes que asciende a 16,6 puntos.

B. 5. 2. La prevalencia de **la conducta de fumar de las madres** en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

Como se puede observar en la Tabla B-V, la prevalencia de consumo de tabaco por parte de las madres, expresada en términos porcentaje, obtenida en la muestra de Madrid es de 44,5 %. (Véase la Tabla B-V).

En la variable de la prevalencia del tabaquismo, expresada en porcentaje, con respecto al consumo por parte de las madres, la muestra de Madrid ha obtenido un porcentaje de 52,2 %, quedando por debajo en orden decreciente de la muestra de Dinamarca que ocupa la primera posición, con un porcentaje de 47,0%.

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la danesa es de tan solo 2,5 puntos, superior en la muestra de Dinamarca. Por tanto, esta diferencia encontrada no es significativa.

En orden decreciente, detrás de las muestras danesa y madrileña, la posición que ocupan el resto de las zonas europeas participantes, en la prevalencia de la conducta de fumar de las madres, es la siguiente:

En la tercera posición, la muestra de Barcelona (España) con una prevalencia, expresada en términos de porcentaje de 42,6 %. (Véase la Tabla B-V).

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la barcelonesa, asciende a 3,9 puntos a favor de la muestra de Madrid.

La cuarta posición la ocupa la muestra de Los Países Bajos con una prevalencia, expresada en términos de porcentaje, de 35,9 %. (Véase la Tabla B-V).

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la holandesa, asciende a 8,6 puntos, inferior a los hallados en Madrid en la prevalencia de la conducta de fumar de las madres.

En la quinta posición se sitúa la muestra de Finlandia con una prevalencia, expresada en términos de porcentaje de 33,1 %. (Véase la Tabla B-V).

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la finlandesa, asciende a 11,4 puntos, inferior a los hallados en Madrid en la prevalencia de la conducta de fumar de las madres.

La posición sexta la obtiene la muestra de El Reino Unido con una prevalencia, expresada en términos de porcentaje de 32,3 %. (Véase la Tabla B-V).

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la británica, asciende a 12,2 puntos, inferior a los encontrados en Madrid en la prevalencia de la conducta de fumar de las madres.

Y por último, la séptima posición ordinal se encuentra en la muestra de Portugal con una prevalencia, expresada en términos de porcentaje de 24,6 %. La muestra portuguesa obtiene la puntuación inferior de prevalencia comparada con el resto de los países participantes en el proyecto ESFA. (Véase la Tabla B-V).

La diferencia encontrada entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña y la portuguesa, asciende a 19,9 puntos, inferior a los hallados en Madrid en la prevalencia de la conducta de fumar de las madres.

Al comparar la muestra que obtiene la mayor prevalencia de la conducta de fumar de las madres, ésta es la danesa, con la muestra que obtiene la menor prevalencia en dicha conducta, es decir, la muestra portuguesa, encontramos una diferencia entre los porcentajes que asciende a 22,4 puntos.

B. 5. 3. Las diferencias entre las prevalencias de **la conducta de fumar de los padres (varones)** y de **las madres** en Madrid y con respecto a las diferencias entre ambos en el resto de las zonas europeas participantes.

En este apartado se presentan las diferencias encontrados de los porcentajes de la prevalencia de la aparición de la conducta de fumar, entre los padres (varones) y las madres en nuestra muestra de la Comunidad de Madrid (España) en relación ordinal comparada con el resto de zonas europeas participantes.

La diferencia de los porcentajes de la prevalencia de la aparición de la conducta de fumar, entre los padres (varones) y las madres en nuestra muestra de la Comunidad de **Madrid** (España) es de 7,7 puntos de diferencia entre los porcentajes. En nuestra muestra madrileña. La prevalencia de padres (varones) fumadores es superior a la prevalencia de madres fumadoras.

Nuestra muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid (España) ocupa ordinalmente, la tercera posición respecto a la variable estudiada relativa a las diferencias halladas entre los padres (varones) y las madres, en de los porcentajes de la prevalencia de la aparición de la conducta de fumar de estos, en comparación con el resto de zonas europeas participantes.

Por delante de nuestra muestra madrileña, la primera posición la obtiene Portugal, que logra la mayor puntuación, seguida de Barcelona (España). En orden decreciente, detrás de Madrid, se sitúan ordinalmente las muestras europeas de Dinamarca, Los Países Bajos, El Reino Unidos y por último, Dinamarca, que presenta la menor tasa de diferencia de los porcentajes entre madres y padres fumadoras/es.

La diferencia de los porcentajes de la prevalencia de la aparición de la conducta de fumar, entre los padres (varones) y las madres en la muestra de **Portugal** es de 20,4 puntos de diferencia entre los porcentajes. En la muestra de esta zona, la prevalencia de padres (varones) fumadores es superior a la prevalencia de madres fumadoras.

La diferencia de los porcentajes de la prevalencia de la aparición de la conducta de fumar, entre los padres (varones) y las madres en la muestra de **Barcelona** (España) es de 10,3 puntos de diferencia entre los porcentajes. En la muestra de esta zona, la prevalencia de padres (varones) fumadores es superior a la prevalencia de madres fumadoras.

La diferencia de los porcentajes de la prevalencia de la aparición de la conducta de fumar, entre los padres (varones) y las madres en la muestra de **Finlandia** es de 6,7 puntos de diferencia entre los porcentajes. En la muestra de esta zona, la prevalencia de padres (varones) fumadores es superior a la prevalencia de madres fumadoras.

La diferencia de los porcentajes de la prevalencia de la aparición de la conducta de fumar, entre los padres (varones) y las madres en la muestra de los **Países Bajos** es de 5,0 puntos de diferencia entre los porcentajes. En la muestra de esta zona, la prevalencia de padres (varones) fumadores es superior a la prevalencia de madres fumadoras.

La diferencia de los porcentajes de la prevalencia de la aparición de la conducta de fumar, entre los padres (varones) y las madres en la muestra del **Reino Unido** es de 4,0 puntos de diferencia entre los porcentajes. En la muestra de esta zona, la prevalencia de padres (varones) fumadores es superior a la prevalencia de madres fumadoras.

La diferencia de los porcentajes de la prevalencia de la aparición de la conducta de fumar, entre los padres (varones) y las madres en la muestra de **Dinamarca** es de 1,1 puntos de diferencia entre los porcentajes. En la muestra de esta zona, la prevalencia de padres (varones) fumadores es superior a la prevalencia de madres fumadoras.

Al comparar las diferencias de prevalencia existentes entre los padres fumadores y las madres fumadoras de nuestra **muestra madrileña y la de Portugal** (la de mayor tasa de diferencia entre padres y madres fumadores/as), aparece una diferencia que asciende a 22,7 puntos. Esta diferencia es significativa.

Al comparar las diferencias de prevalencia existentes entre los padres fumadores y las madres fumadoras de nuestra **muestra madrileña y danesa** (la de menor tasa de diferencia existente entre padres y madres fumadores/as), aparece una diferencia que asciende a 6,6 puntos. Esta diferencia no es tan significativa comparada con la encontrada en relación con la de mayor tasa de diferencia entre padres y madres fumadores/as de Portugal.

B. 5. 4. Conclusiones.

1. En el grupo de padres de los adolescentes de 12-13 años de edad, el porcentaje de fumadores parece bastante alto. Por ejemplo, en los Países Bajos, estas cifras están en concordancia con las cifras de incidencia en el grupo de edad de 35-49 años de edad, en la que la mayoría de los padres de los adolescentes de 12-13 años de edad está.

2. Los resultados indican que en Madrid al igual que en el resto de los países participantes, el porcentaje de padres fumadores es ligeramente mayor que el de madres fumadoras. Madrid está detrás de Barcelona, donde el porcentaje de padres que fuman es mayor comparado con los resultados del resto de los participantes. Los datos indican que las madres madrileñas presentan la mayor tasa de prevalencia detrás de las madres danesas.

3. Al comparar la muestra que obtiene la mayor prevalencia de la conducta de fumar de los padres (varones), ésta es la barcelonesa, con la muestra que obtiene la menor prevalencia en dicha conducta, es decir, la muestra británica, encontramos una diferencia entre los porcentajes que asciende a 16,6 puntos.

4. Al comparar la muestra que obtiene la mayor prevalencia de la conducta de fumar de las madres, ésta es la danesa, con la muestra que obtiene la menor prevalencia en dicha conducta, es decir, la muestra portuguesa, encontramos una diferencia entre los porcentajes que asciende a 22,4 puntos.

5. Al comparar las diferencias de prevalencia existentes entre los padres fumadores y las madres fumadoras de nuestra **muestra madrileña y danesa** (la de menor tasa de diferencia existente entre padres y madres fumadores/as), aparece una diferencia que asciende a 6,6 puntos. Esta diferencia no es tan significativa comparada con la encontrada en relación con la de mayor tasa de diferencia entre padres y madres fumadores/as de Portugal (22,7 puntos).

Estudios futuros pueden analizar si la situación laboral de los padres y madres guarda relación con la conducta de fumar de estos.

B. 6. LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES CON RESPECTO A LA VARIABLE DE **LAS ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA EL TABAQUISMO: GRADO DE DESEABILIDAD.**

Entre los objetivos del estudio ESFA se encontraba determinar la conducta de fumar de los adolescentes. Se les pidió contestar sobre la percepción que tenían de la conducta de fumar de sus padres. Además, el cuestionario ESFA contaba con un apartado relativo a expresar las ideas y opiniones de los adolescentes acerca del consumo del tabaco.

En el cuestionario ESFA de la primera medida, se incluye en el apartado dos: "Si fumara (o si fumo)", la cuestión número uno: "Si fumara (o si fumo) pensaría que es:"

En el anterior apartado, el ítem número uno se presenta ocho alternativas de respuesta referidas al grado de deseabilidad de la conducta de fumar:

1. Muy deseable
2. deseable
3. casi deseable
4. ni deseable ni indeseable
5. casi indeseable
6. indeseable
7. muy indeseable
8. no lo sé

A continuación se expone la Tabla B-VI en la que consta la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad. (Véase la Tabla B-VI).

Tabla B-VI: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de las **actitudes y creencias** hacia el tabaquismo, que mide el **grado de deseabilidad.**

Países	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	Portugal	Barcelona (España)	Madrid (España)	Reino Unido
Deseable	3,0%	12,4%	3,6%	19,2%	20,7%	10,2%	10,2%
Ni deseable ni indeseable	11,1%	44,3%	32,3%	29,4%	39,3%	41,7%	44,1
Indeseable	85,9%	43,3%	64,1%	51,4%	40,0%	48,1%	45,7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

B. 6. 1. La prevalencia de **las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de deseabilidad (opino que fumar es deseable)** en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **deseable**, asciende a un porcentaje de 10,2 %. (Véase la Tabla B-VI).

En orden decreciente, se expone a continuación en relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **deseable**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

En primer lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **deseable**, asciende a un porcentaje de 20,7 %. (Véase la Tabla B-VI).

El segundo lugar lo ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **deseable**, asciende a un porcentaje de 19,2 %. (Véase la Tabla B-VI).

La posición tercera es la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **deseable**, asciende a un porcentaje de 12,4 %. (Véase la Tabla B-VI).

El lugar cuarto es ocupado por la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **deseable**, asciende a un porcentaje de 10,2 %. (Véase la Tabla B-VI).

Es reseñable que la puntuación conseguida en la muestra del Reino Unido es idéntica a la hallada en la muestra madrileña. Por tanto, la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid ocupa la cuarta posición ordinal junto con la muestra del Reino Unido, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **deseable.**

La quinta posición es para la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **deseable**, asciende a un porcentaje de 3,6 %. (Véase la Tabla B-VI).

Y en último lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **deseable**, asciende a un porcentaje de 3,0 %. (Véase la Tabla B-VI).

La diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra barcelonesa, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la danesa, que ha conseguido el menor, asciende a 17,7 puntos de diferencia a favor de la primera, la barcelonesa.

La diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Barcelona (España) asciende a 10,5 puntos a favor de ésta última muestra.

La diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la danesa asciende a 7,2 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En resumen, la prevalencia relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **deseable**, la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid ocupa la cuarta posición ordinal junto con la muestra del Reino Unido con idéntica prevalencia de la respuesta en dicho item. La diferencia entre porcentajes de la muestra madrileña con la danesa (7,2 puntos) es inferior a la diferencia con la barcelonesa (10,5 puntos), que obtiene la mayor prevalencia.

B. 6. 2. La prevalencia de **las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de deseabilidad (opino que fumar no es ni deseable ni indeseable)** en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, encontrada en **La Comunidad de Madrid (España)**, con respecto a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar no es **ni deseable ni indeseable**, asciende a un porcentaje de 41,7 %. (Véase la Tabla B-VI).

En orden decreciente, se expone a continuación en relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **ni deseable ni indeseable**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

En primer lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **ni deseable ni indeseable**, asciende a un porcentaje de 44,3 %. (Véase la Tabla B-VI).

En segundo lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **ni deseable ni indeseable**, asciende a un porcentaje de 44,1 %. (Véase la Tabla B-VI).

En cuarto lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **ni deseable ni indeseable**, asciende a un porcentaje de 39,3 %. (Véase la Tabla B-VI).

En quinto lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **ni deseable ni indeseable**, asciende a un porcentaje de 32,3 %. (Véase la Tabla B-VI).

En sexto lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **ni deseable ni indeseable**, asciende a un porcentaje de 29,4 %. (Véase la Tabla B-VI).

En séptimo lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **ni deseable ni indeseable**, asciende a un porcentaje de 11,1 %. (Véase la Tabla B-VI).

La diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra finlandesa, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la danesa, que ha conseguido el menor, asciende a 33,2 puntos de diferencia a favor de la primera, la finlandesa.

La diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Finlandia, asciende a 2,6 puntos a favor de ésta última muestra. Dándose una diferencia no significativa.

La diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la danesa asciende a 30,6 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid. Produciéndose un grado significativo en dicha diferencia.

En resumen, la prevalencia relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **ni deseable ni indeseable**, la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid ocupa la tercera posición ordinal detrás de Finlandia y del Reino Unido de prevalencia de la respuesta en dicho item. La diferencia entre porcentajes de la muestra madrileña con la danesa (30,6 puntos) es significativamente superior a la diferencia con la finlandesa (2,6 puntos), que obtiene la mayor prevalencia.

B. 6. 3. La prevalencia de **las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de deseabilidad (opino que fumar es indeseable)** en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, hallada en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **indeseable**, asciende a un porcentaje de 48,1 %. (Véase la Tabla B-VI).

En orden decreciente, se expone a continuación en relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **indeseable**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

En primer lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **indeseable**, asciende a un porcentaje de 85,9 %. (Véase la Tabla B-VI).

En segundo lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **indeseable**, asciende a un porcentaje de 64,1 %. (Véase la Tabla B-VI).

En tercer lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **indeseable**, asciende a un porcentaje de 51,4 %. (Véase la Tabla B-VI).

En quinto lugar después de Madrid, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El reino Unido**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **indeseable**, asciende a un porcentaje de 45,7 %. (Véase la Tabla B-VI).

En sexto lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **indeseable**, asciende a un porcentaje de 43,3 %. (Véase la Tabla B-VI).

En séptimo lugar, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **indeseable**, asciende a un porcentaje de 40,0 %. (Véase la Tabla B-VI).

La diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra danesa, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la barcelonesa, que ha conseguido el menor, asciende a 45,9 puntos de diferencia a favor de la primera, la danesa.

La diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Dinamarca asciende a 37,8 puntos a favor de ésta última muestra.

La diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la barcelonesa asciende a 8,1 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En resumen, la prevalencia relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **indeseable**, la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid ocupa la cuarta posición ordinal después de Dinamarca, Los Países Bajos y Portugal de prevalencia de la respuesta en dicho item. La diferencia entre porcentajes de la muestra madrileña con la danesa, la de la mayor prevalencia (37,8 puntos) es significativamente superior a la diferencia con la barcelonesa (8,1 puntos), que obtiene la menor prevalencia.

B. 7. LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES CON RESPECTO A LA VARIABLE DE **LA LAS ACTITUDES Y CREENCIAS HACIA EL TABAQUISMO: GRADO DE AGRADABILIDAD.**

En el cuestionario ESFA de la primera medida, se incluye en el apartado dos: "Si fumara (o si fumo)", la cuestión número dos: "Si fumara (o si fumo) pensaría que es:"

En el anterior apartado, el ítem número dos presenta ocho alternativas de respuesta, referidas al grado de agradabilidad de la conducta de fumar:

1. Muy agradable
2. agradable
3. casi agradable
4. ni agradable ni desagradable
5. casi desagradable
6. desagradable
7. muy desagradable
8. no lo sé

A continuación se expone la Tabla B-VI en la que consta la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad. (Véase la Tabla B-VII).

Tabla B-VII: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de las **actitudes y creencias** hacia el tabaquismo, que mide el **grado de agradabilidad.**

Países	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	Portugal	Barcelona (España)	Madrid (España)	Reino Unido
Agradable	9,0%	15,8%	4,8%	20,7%	16,3%	11,3%	8,9%
Ni agradable ni desagradable	26,1%	39,5%	25,2%	40,5%	34,6%	37,3%	31,3%
Desagradable	64,9%	44,7%	70,0%	38,8%	49,1%	51,4%	59,8%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

B. 7. 1. La prevalencia de **las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de agradabilidad (opino que fumar es agradable)** en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **agradable**, asciende a un porcentaje de 11,3 %. (Véase la Tabla B-VII).

Se observa que la tendencia de respuesta de nuestra muestra de Madrid en este ítem (fumar es agradable) es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.1., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **deseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 10,2 %. (Véase la Tabla B-VI).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **agradable**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

El primer lugar lo ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **agradable**, que asciende a un porcentaje de 20,7 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al igual que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta de Portugal en este ítem es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.1., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **deseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 19,2 %. (Véase la Tabla B-VI).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **agradable**, que asciende a un porcentaje de 16,3 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al contrario que en la muestra de Madrid, no se observa la misma tendencia de respuesta en la muestra barcelonesa en este ítem, que no es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.1., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **deseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 20,7 %. (Véase la Tabla B-VI).

La posición tercera es la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **agradable**, asciende a un porcentaje de 15,8 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al igual que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta de Finlandia en este ítem es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.1., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **deseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 12,4 % y ocupaba igualmente la tercera posición. (Véase la Tabla B-VI).

Es reseñable que en ambos ítems, opinando que la conducta de fumar es deseable y agradable, tanto Portugal como Barcelona se encontraban entre los dos primeros puestos en prevalencia por delante de Madrid.

Nuestra muestra de Madrid en ambos ítems, opinando que la conducta de fumar es deseable y agradable ocupa la cuarta posición con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

La quinta posición es para la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **agradable**, que asciende a un porcentaje de 9,0 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al contrario que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta de Dinamarca en este ítem, no es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.1., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **deseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 3,0 % , pero ocupaba cercana posición, la sexta. (Véase la Tabla B-VI).

El lugar sexto es ocupado por la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **agradable**, asciende a un porcentaje de 8,9 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al igual que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta del Reino Unido en este ítem es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.1., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **deseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 10,2 % y ocupaba igualmente la tercera posición. (Véase la Tabla B-VI).

Es reseñable que la puntuación conseguida en la muestra del Reino Unido es similar a la hallada en la muestra madrileña. La muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid ocupaba la cuarta posición ordinal junto con la muestra del Reino Unido, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de deseabilidad, considerando que la conducta de fumar es **deseable.** Respecto a

considerar que fumar es agradable, tanto el Reino Unido como Madrid ocupan posiciones y porcentajes similares, al igual que en el anterior ítem, con respecto al resto de la muestras de otras zonas europeas.

La séptima y última posición es para la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **agradable**, asciende a un porcentaje de 4,8 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al igual que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta en **Los Países Bajos,** en este ítem es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.1., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **deseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 3,6 % y ocupaba la penúltima posición. (Véase la Tabla B-VI).

La diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra portuguesa, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la holandesa, que ha conseguido el menor, asciende a 15,9 puntos de diferencia a favor de la primera, la portuguesa. Esta diferencia es similar a la del ítem donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es deseable, que ascendía a 17,7 puntos de diferencia entre Barcelona y Dinamarca. Se puede concluir que las diferencias en ambos ítems, fumar es deseable y fumar es agradable son similares entre las zonas de mayor y la de menor prevalencia en las respuestas a estos ítems.

En el ítem de opinar que fumar es agradable, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Portugal asciende a 9,4 puntos a favor de ésta última muestra. Esta diferencia es similar a la encontrada en el anterior ítem de considerar deseable fumar, que ascendía a 10,5 puntos a favor de Barcelona.

En el ítem de opinar que fumar es agradable, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la holandesa asciende a 6,5 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid. Esta diferencia es similar a la encontrada en el anterior ítem de considerar deseable fumar, que ascendía a 7,2 puntos de diferencia con Dinamarca a favor de Madrid.

En resumen, la prevalencia relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **agradable**, la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid ocupa la cuarta posición ordinal al igual que en el anterior ítem de opinar que fumar es deseable. La diferencia entre porcentajes de la muestra madrileña con la menor, la holandesa (6,5 puntos) es inferior a la diferencia con la portuguesa (9,4 puntos), que obtiene la mayor prevalencia.

B. 7. 2. La prevalencia de **las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de agradabilidad (opino que fumar no es ni agradable ni desagradable)** en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar no es **ni agradable ni desagradable**, asciende a un porcentaje de 37,3 %. (Véase la Tabla B-VII).

Se observa que la tendencia de respuesta de nuestra muestra de Madrid en este ítem (fumar es agradable) es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.2., donde se expresaba la opinión de que la conducta de fumar no es ni **deseable ni indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 41,7 %. (Véase la Tabla B-VI).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar no es **ni agradable ni desagradable**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el encontrado en la Comunidad de Madrid (España):

El primer lugar lo ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar no es **ni agradable ni desagradable,** que asciende a un porcentaje de 40,5 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al contrario que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta de Portugal en este ítem no es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.2., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar no es ni **deseable ni indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 29,4 %. (Véase la Tabla B-VI).

En el segundo puesto encontramos, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar no es **ni agradable ni desagradable**, que asciende a un porcentaje de 39,5 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al igual que en la muestra de Madrid, se observa la misma tendencia de respuesta en la muestra finlandesa en este ítem, que es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.2., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar no es ni **deseable ni indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 44,3 % y ocupaba la primera posición. (Véase la Tabla B-VI).

Nuestra muestra de Madrid en ambos ítems, opinando que la conducta de fumar no es **ni agradable ni desagradable** y en el ítem pienso que fumar no es ni deseable ni indeseable, ocupa la idéntica cuarta posición con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

La posición cuarta pertenece a la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar no es **ni agradable ni desagradable**, asciende a un porcentaje de 34,6 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al igual que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta de Barcelona en este ítem es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.2., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar no es ni **deseable ni indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 39,3 % y ocupaba igualmente la cuarta posición. (Véase la Tabla B-VI).

La quinta posición es para la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar no es **ni agradable ni desagradable**, que asciende a un porcentaje de 31,3 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al contrario que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta de El Reino Unido en este ítem, no es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.2., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar no es ni **deseable ni indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 44,1 % , pero ocupaba una posición cercana, la cuarta. (Véase la Tabla B-VI).

El lugar sexto es ocupado por la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar no es **ni agradable ni desagradable**, asciende a un porcentaje de 26,1 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al contrario que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta del Dinamarca en este ítem no es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.2., donde se expresa la

opinión de que la conducta de fumar no es ni **deseable ni indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 11,1 %, pero ocupaba una posición cercana, la séptima. (Véase la Tabla B-VI).

La séptima y última posición es para la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar no es **ni agradable ni desagradable**, que asciende a un porcentaje de 25,2 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al igual que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta en **Los Países Bajos,** en este ítem es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.2., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar no es ni **deseable ni indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 32,3 % y ocupaba la antepenúltima posición. (Véase la Tabla B-VI).

La diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra portuguesa, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la holandesa, que ha conseguido el menor, asciende a 15,3 puntos de diferencia a favor de la primera, la portuguesa. Esta diferencia es similar a la del ítem B.7.1., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es agradable, que ascendía a 15,9 puntos de diferencia entre Portugal y Los Países Bajos. Curiosamente también ocupaban el primer y último puesto respectivamente. Se puede concluir que las diferencias en ambos ítems, opinar que fumar es agradable y pensar que fumar no es ni agradable ni desagradable, son ínfimas, tres décimas, entre las zonas de mayor y la de menor prevalencia en las respuestas a estos ítems.

En el ítem de opinar que fumar no es ni agradable ni desagradable, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Portugal asciende tan solo a 3,2 puntos a favor de esta última muestra.

En el ítem de opinar que fumar no es ni agradable ni desagradable, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la holandesa asciende a 12,1 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En resumen, la prevalencia relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar no es **ni agradable ni desagradable**, la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid ocupa la cuarta posición ordinal al igual que en el anterior ítem de opinar que fumar es agradable. La diferencia entre porcentajes de la muestra madrileña con la menor prevalencia, la holandesa (12,1 puntos) es superior a la diferencia con la portuguesa (3,2 puntos), que obtiene la mayor prevalencia.

B. 7. 3. La prevalencia de **las actitudes y creencias hacia el tabaquismo: grado de agradabilidad (opino que fumar es desagradable)** en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **desagradable**, asciende a un porcentaje de 51,4 %. (Véase la Tabla B-VII).

Se observa que la tendencia de respuesta de nuestra muestra de Madrid en este ítem (fumar es desagradable) es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.3., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 48,1 %. (Véase la Tabla B-VI).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **desagradable**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **desagradable**, que asciende a un porcentaje de 70,0 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al igual que sucede en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta de Los países Bajos en este ítem es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6.3., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 64,1 %, ocupando la segunda posición. (Véase la Tabla B-VI).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **desagradable**, que asciende a un porcentaje de 64,9 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al contrario que en la muestra de Madrid, no se observa la misma tendencia de respuesta en la muestra danesa en este ítem, que no es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6. 3., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 85,9 %. Esto supone una diferencia entre sus porcentajes totales (85,9 menos 64,9) de 21,0 puntos. Sin embargo, ocupaba la primera posición, es decir que en ambos ítems se encuentra entre las dos primeras posiciones. (Véase la Tabla B-VI).

Es reseñable que en ambos ítems, opinando que la conducta de fumar es indeseable y desagradable, tanto Dinamarca como Los Países Bajos, se encontraban entre los dos primeros puestos en prevalencia por delante de Madrid.

La posición tercera es la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **desagradable**, asciende a un porcentaje de 59,8 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al contrario que en nuestra muestra de Madrid, no se observa que la tendencia de respuesta del Reino Unido en este ítem sea de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6. 3., donde se expresaba la opinión de que la conducta de fumar es **indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 45,7 %, Esto supone una diferencia entre sus porcentajes totales (59,8 menos 45,7) de 14,1 puntos. Sin embargo, también ocupaba igualmente la una posición intermedia. (Véase la Tabla B-VI).

La cuarta posición es para la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **desagradable**, que asciende a un porcentaje de 49,1 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al contrario que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta de Barcelona en este ítem, no es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6. 3., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 40,0 %. Esto supone una diferencia entre sus porcentajes totales (49,1 menos 40,0) de 9,1 puntos. Además, no ocupaba una posición intermedia, posicionándose en el último y séptimo lugar. (Véase la Tabla B-VI).

La muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid aparece en este ítem (opinar que la conducta de fumar es desagradable), ocupando una posición intermedia, siendo la antepenúltima.

Nuestra muestra de Madrid en ambos ítems, opinando que la conducta de fumar es indeseable y desagradable ocupa posiciones intermedias, respectivamente, la cuarta y quinta posición, con respecto al resto de las zonas europeas participantes.

La penúltima posición es hallada en el lugar sexto en orden decreciente por la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **desagradable**, asciende a un porcentaje de 44,7 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al igual que en nuestra muestra de Madrid, se observa que la tendencia de respuesta de Finlandia en este ítem es de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6. 3., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 43,3%. Esto supone una diferencia ínfima entre sus porcentajes totales (44,7 menos 43,3) de 1,4 puntos. Además, aparecía ocupando igualmente la sexta posición. (Véase la Tabla B-VI).

La séptima y última posición es hallada para la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **desagradable**, asciende a un porcentaje de 38,8 %. (Véase la Tabla B-VII).

Al contrario que en nuestra muestra de Madrid, no se observa que la tendencia de respuesta en **Portugal,** en este ítem sea de similar proporción al porcentaje encontrado en el ítem anteriormente analizado en el apartado B.6. 3., donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es **indeseable**, en el que encontrábamos un porcentaje de 51,4 %. Esto supone una diferencia considerable entre sus porcentajes totales (51,4 menos 38,8) de 12,6 puntos. Además, aparecía ocupando una posición intermedia, la tercera. (Véase la Tabla B-VI).

Parece reseñable destacar que en Portugal en el ítem opinar que fumar es indeseable, aparece exactamente la misma cifra (51,4 %) que la encontrada en Madrid en el ítem de opinar que fumar es desagradable.

La tendencia de respuesta en este ítem (opinar que fumar es desagradable) y en el anterior ítem (opinar que fumar no es ni agradable ni desagradable), respecto a ocuparla primera y última posición, encontramos el hallazgo de que aparecen en los mismos países pero en orden inverso.

La diferencia entre los porcentajes en el ítem opinar que fumar es desagradable, hallados en la muestra portuguesa, que ha conseguido el menor porcentaje, y la holandesa, que ha conseguido el mayor, asciende a (70,0 menos 38,8) 31,2 puntos de diferencia a favor de la holandesa.

Esta diferencia entre los porcentajes en el ítem opinar que fumar es desagradable es casi el doble en proporción a la del ítem donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar es agradable, que ascendía a 15,9 puntos de diferencia entre Portugal y Los Países Bajos, a favor de Portugal.

También esta diferencia entre los porcentajes en el ítem opinar que fumar es desagradable es casi el doble en proporción a la del ítem donde se expresa la opinión de que la conducta de fumar no es ni agradable ni desagradable, que ascendía a 15,3 puntos de diferencia entre Portugal y Los Países Bajos a favor de Portugal.

Comparando el mayor y el menor porcentaje obtenido en la muestra total europea, se puede concluir que las diferencias de porcentajes existentes entre ambos ítems, fumar es agradable y fumar no es no agradable ni desagradable, son similares entre las zonas de mayor y la de menor prevalencia en las respuestas a estos ítems. Sin embargo, la diferencia del mayor y menor porcentaje del ítem (fumar es desagradable) aparece en doble proporción respecto a los dos ítems anteriormente citados.

En el ítem de opinar que fumar es desagradable, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Los Países Bajos asciende a 19,6 puntos a favor de esta última muestra. Esta diferencia no es similar a la encontrada en el anterior ítem de considerar indeseable fumar, que ascendía a 48,1 puntos a favor de Dinamarca, apareciendo una diferencia de una proporción de más del doble.

En el ítem de opinar que fumar es desagradable, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la portuguesa asciende a 12,6 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid. Esta diferencia es similar a la encontrada en el anterior ítem de considerar indeseable fumar, que ascendía a 8,1 puntos de diferencia con Barcelona a favor de Madrid.

En resumen, la prevalencia relativa a la variable de las actitudes y creencias hacia el tabaquismo, que mide el grado de agradabilidad, considerando que la conducta de fumar es **desagradable**, la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid ocupa la quinta posición ordinal, Aparecen similitudes con el anterior ítem de opinar que fumar es indeseable, que estábamos también en una posición intermedia, en cuarta posición. La diferencia entre porcentajes de la muestra madrileña con la de menor prevalencia, la portuguesa (12,6 puntos) es inferior a la diferencia con la holandesa (19,6 puntos), que obtiene la mayor prevalencia. Esta diferencia (19,6 menos 12,6) asciende a 7,0 puntos.

En conclusión, al igual que en la muestra madrileña, en todos los países participantes, una minoría de los adolescentes piensa que fumar es deseable. En Portugal y en Barcelona, aproximadamente de una quinta parte creen o consideran que es conveniente fumar. Este patrón también es claro con respecto a la agradabilidad percibida de fumar con la diferencia de que en general el grupo que piensa que fumar es agradable, es más grande que los que piensan que es deseable.

B. 8. LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES CON RESPECTO A LA VARIABLE DE **LA OCUPACIÓN DEL OCIO Y DEL TIEMPO LIBRE.**

En el cuestionario ESFA de la primera medida, se incluye en el apartado once: "Por favor, marca con qué frecuencia vas a los siguientes sitios (responde para cada lugar):"

En el anterior apartado, los ítems que van desde el número diecinueve hasta el treintaitrés, presentan seis alternativas de respuesta, referidas a las frecuencias siguientes:

1. Una vez por semana o más.
2. Al menos una vez cada dos semanas.
3. Al menos una vez al mes.
4. Menos de una vez al mes.
5. Casi nunca.
6. Nunca.

Para el análisis de los resultados en esta variable se ha seleccionado la respuesta de **al menos una vez al mes** de la frecuencia de ocupación del ocio y del tiempo libre en cada una de las categorías.

La categorización del tipo de actividades de ocio y tiempo libre relacionadas con los lugares y con el tipo de los grupos con los que realizan las actividades que se presentan son las siguientes:

1. Polideportivo. (Item número 19).
2. Grupo juvenil en el Instituto o Colegio. (Item número 21).
3. Grupos de jóvenes en la parroquia. (Item número 22).
4. Scouts u otros grupos de jóvenes. (Item número 23).
5. Biblioteca. (Item número 24).
6. Bares o pubs. (Item número 26).
7. Discoteca. (Item número 28).
8. Restaurantes o cafeterías. (Item número 29).
9. Cine. (Item número 30).
10. Piscina. (Item número 31).
11. Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as). (Item número 32).
12. Calle (con los/as amigos/as). (Item número 33).

A continuación se expone la Tabla B-VIII en la que consta la prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes. (Véase la Tabla B-VIII).

Tabla B-VIII: La prevalencia expresada en porcentajes obtenida en la Comunidad de Madrid (España) y en el resto de las zonas europeas específicas participantes, con respecto con a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes**.**

Países	Dinamarca	Finlandia	Países Bajos	Portugal	Barcelona (España)	Madrid (España)	Reino Unido
Bares o pubs	4,0%	7,5%	11,2%	18,0%	13,5%	11,5%	28%
Cine	19,6%	34,5%	28,2%	45,8%	45%	48,4%	55,9%
Discoteca o club nocturno	23,9%	19,6%	9,0%	12,0%	5,6%	9,1%	18,6%
Biblioteca	46,4%	53,8%	50,7%	36,3%	39,2%	35,7%	44,9%
Scouts u otros grupos de jóvenes	7,9%	8,3%	7,5%	7,6%	28,1%	14,8%	13,5%
Tiendas o centro comercial con amig@s	57,0%	58,5%	47,4%	47,9%	35,7%	51,1%	71,9%
Restaurantes o cafeterías	27,4%	51,4%	38,8%	52,4%	36,9%	34,7%	48,7%
Polideportivo o Club deportivo	67,3%	57,1%	70,3%	32,7%	53,0%	57,0%	58,1%
En la calle con los amig@s	55,2%	51,3%	48,0%	63,9%	57,4%	75,2%	68,7%
Piscina	30,6%	39,4%	42,3%	35,9%	35,1%	48,3%	68.8%
Grupo de jóvenes en la parroquia	24,4%	5,5%	6,8%	17,6%	8,7%	12,8%	9,9%
Grupo de jóvenes en el instituto o colegio	37,1%	3,8%	5,4%	9,0%	11,0%	22,0%	12,8%

B. 8. 1. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir al: **Polideportivo** (Item número 19).

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al Polideportivo**, asciende a un porcentaje de 57,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al Polideportivo**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad Autónoma de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al Polideportivo**, que asciende a un porcentaje de 70,3 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al Polideportivo**, que asciende a un porcentaje de 67,3 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El tercer lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al Polideportivo**, que asciende a un porcentaje de 58,1 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La cuarta posición la ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al Polideportivo**, que asciende a un porcentaje de 57,1 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El quinto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **nuestra muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al

menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a**, que asciende a un porcentaje de 57,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al Polideportivo**, que asciende a un porcentaje de 53,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El séptimo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al Polideportivo**, que asciende a un porcentaje de 32,7 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría de acudir **al Polideportivo**, hallados en la muestra portuguesa, que ha conseguido el menor porcentaje, y la holandesa, que ha conseguido el mayor, asciende a (70,3 menos 32,7) 37,6 puntos de diferencia a favor de la portuguesa. Esta diferencia es altamente significativa.

En la categoría de acudir **al Polideportivo**, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Los Países Bajos, asciende a 13,3 puntos a favor de esta última muestra.

En la categoría de acudir **al Polideportivo**, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la portuguesa asciende a 24,3 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En esta categoría, la diferencia de Madrid con la muestra que consigue la mayor prevalencia (13,3 puntos) en esta respuesta resulta ser **inferior** a la diferencia de Madrid con la de menor prevalencia (24,3 puntos). La diferencia asciende a 11.0 puntos.

En resumen, en la categoría de acudir **al Polideportivo**, la muestra madrileña se posiciona en cuarto lugar, después de Los Países Bajos, Dinamarca, El Reino Unido y Finlandia. La muestra madrileña acude con más frecuencia al polideportivo que Barcelona y Portugal, que obtienen las menores prevalencias.

Se puede concluir que las zonas de Europa del Sur (Madrid, Barcelona y Portugal) son las de menor prevalencia respecto a la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la categoría de acudir al polideportivo con la frecuencia de al menos una vez mensualmente.

Como recomendación para el futuro, se afirma que, en aquellas zonas en las que se detecte baja prevalencia en la realización de actividad deportiva es aconsejable incluir en los programas de educación y promoción de la salud, actividades conducentes a incentivar la creación de hábitos deportivos.

B. 8. 2. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir a: **Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**. (Item número 21).

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, asciende a un porcentaje de 51,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, que asciende a un porcentaje de 37,1 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **La Comunidad Autónoma de Madrid (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, que asciende a un porcentaje de 22,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La tercera posición la ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **EL Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes en la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, que asciende a un porcentaje de 12,8 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El cuarto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes en la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, que asciende a un porcentaje de 11,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El quinto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes en la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, que asciende a un porcentaje de 9,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes en la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, que asciende a un porcentaje de 5,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El séptimo y último lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes en la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, que asciende a un porcentaje de 3,8 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, hallados en la muestra danesa, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la Finlandesa, que ha conseguido el menor, asciende a (37,1 menos 3,8) 33,3 puntos de diferencia a favor de la Danesa.

En la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Dinamarca, asciende a 15,1 puntos a favor de esta última muestra.

En la categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la Finlandia, asciende a 18,2 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En esta categoría **de acudir a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, la diferencia de Madrid con la muestra que consigue la mayor prevalencia (18,2 puntos) en esta respuesta resulta ser ligeramente **inferior** a la diferencia de Madrid con la de menor prevalencia (15,1 puntos). La diferencia asciende solo a 3,1 puntos.

En resumen, en la categoría de acudir **a un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio**, la muestra madrileña se posiciona en segundo lugar, después de Dinamarca. La muestra madrileña acude con más frecuencia a **un Grupo juvenil** en el **Instituto o Colegio** que la del Reino Unido, Barcelona, Portugal, Los Países Bajos y Finlandia, que obtienen menores prevalencias que la muestra madrileña.

Se puede concluir que las muestras danesa y madrileña son las de mayor prevalencia respecto a la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la

categoría de acudir a grupos juveniles en las escuelas con la frecuencia de al menos una vez mensualmente.

B. 8. 3. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir a: **Grupos** de jóvenes en la **parroquia**. (Item número 22).

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, asciende a un porcentaje de 12,8 %. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, que asciende a un porcentaje de 24,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, que asciende a un porcentaje de 17,6 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El tercer lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **La Comunidad Autónoma de Madrid**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, que asciende a un porcentaje de 12,8 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El cuarto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, que asciende a un porcentaje de 9,9 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La quinta posición la ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, que asciende a un porcentaje de 8,7 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, que asciende a un porcentaje de 6,8 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El séptimo puesto lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, que asciende a un porcentaje de 5,5 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría de acudir a **Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, hallados en la muestra de Dinamarca, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la finlandesa, que ha conseguido el menor, asciende a (24,4 menos 5,5) 18,9 puntos de diferencia a favor de la danesa.

En la categoría de acudir a **Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Dinamarca asciende a 11,6 puntos a favor de esta última muestra.

En la categoría de acudir a **Grupos** de jóvenes en la **parroquia**, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la Finlandia asciende a 7,3 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En esta categoría, la diferencia de Madrid con la muestra que consigue la mayor prevalencia (11,6 puntos) en esta respuesta resulta ser **superior** a la diferencia de Madrid con la de menor prevalencia (7,3 puntos). La diferencia asciende solo a 4,3 puntos.

En resumen, en la categoría de acudir **a un Grupo parroquial**, la muestra madrileña se posiciona en tercer lugar, después de Dinamarca y de Portugal. La muestra madrileña acude con más frecuencia a **un Grupo parroquial** que la del Reino Unido, Barcelona, Los Países Bajos y Finlandia, que obtienen menores prevalencias que la muestra madrileña.

Se puede concluir que las muestras: danesa, portuguesa y madrileña son las de mayor prevalencia respecto a la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la categoría de acudir a grupos juveniles parroquiales.

B. 8. 4 La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir a: **Scouts u otros grupos de jóvenes**. (Item número 23).

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Scouts u otros grupos de jóvenes**, asciende a un porcentaje de 14,8 %. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría d**e acudir a Scouts u otros grupos de jóvenes**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría de **acudir a Scouts u otros grupos de jóvenes**, que asciende a un porcentaje de 28,1 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Madrid**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a grupos de Scouts u otros grupos de jóvenes**, que asciende a un porcentaje de 14,8 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El tercer lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Scouts u otros grupos de jóvenes**, que asciende a un porcentaje de 13,5 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El cuarto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Scouts u otros grupos de jóvenes**, que asciende a un porcentaje de 8,3 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El quinto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Scouts u otros grupos de jóvenes**, que asciende a un porcentaje de 7,9 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Scouts u otros grupos de jóvenes**, que asciende a un porcentaje de 7,6 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El séptimo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Scouts u otros grupos de jóvenes**, que asciende a un porcentaje de 7,5 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría de acudir a grupos de **Scouts u otros grupos de jóvenes**, hallados en la muestra barcelonesa, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la holandesa, que ha conseguido el menor, asciende a (28,1 menos 7,5) 10,6 puntos de diferencia a favor de la muestra barcelonesa.

En la categoría de acudir a **Scouts u otros grupos de jóvenes**, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Barcelona, asciende a 13,3 puntos a favor de esta última muestra.

En la categoría de acudir a **Scouts u otros grupos de jóvenes**, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la holandesa asciende a 7,3 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En esta categoría, la diferencia de Madrid con la muestra que consigue la mayor prevalencia (13,3) en esta respuesta resulta ser **superior** a la diferencia de Madrid con la de menor prevalencia (7,3). Esta diferencia asciende a 6,0 puntos.

En resumen, en la categoría de acudir **a los Scouts u otros grupos juveniles**, la muestra madrileña se posiciona en segundo lugar, después de Barcelona. La muestra madrileña acude con más frecuencia a **un Grupo Scout** que la del Reino Unido, Finlandia, Dinamarca, Portugal y Los Países Bajos, que obtienen menores prevalencias que la muestra madrileña.

Se puede concluir que las dos muestras españolas la barcelonesa y la madrileña son las de mayor prevalencia respecto a la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la categoría de acudir a grupos Scouts.

B. 8. 5. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir a: la **Biblioteca**. (Item número 24).

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Biblioteca**, asciende a un porcentaje de 35,7 %. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Biblioteca**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Biblioteca**, que asciende a un porcentaje de 53,8 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Biblioteca**, que asciende a un porcentaje de 50,7 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El tercer lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Biblioteca**, que asciende a un porcentaje de 46,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El cuarto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Biblioteca**, que asciende a un porcentaje de 44,9 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El quinto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Biblioteca**, que asciende a un porcentaje de 39,2 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Biblioteca**, que asciende a un porcentaje de 36,3 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La séptima posición la ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Madrid**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Biblioteca**, que asciende a un porcentaje de 35,7 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría de acudir a **la Biblioteca**, hallados en la muestra finlandesa, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la madrileña,, que ha conseguido el menor, asciende a (53,8 menos 35,7) 18,1 puntos de diferencia a favor de la finlandesa.

En resumen, la muestra madrileña comparada con el resto de las zonas europeas participantes en el proyecto, obtiene la última posición en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la categoría de acudir a la biblioteca.

Como recomendación para el futuro, se afirma que, al detectarse baja prevalencia acudiendo a la biblioteca en el uso del tiempo libre y de ocio, es aconsejable fomentar que en los programas de educación y promoción de la salud, se incluyan actividades conducentes a incentivar la creación de hábitos de lectura en la biblioteca.

B. 8. 6. La prevalencia expresada en porcentajes en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir a: **Bares o pubs**. (Item número 26).

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a bares o pubs**, asciende a un porcentaje de 11,5 %. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría d**e acudir a bares o pubs**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a bares o pubs**, que asciende a un porcentaje de 28,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a bares o pubs**, que asciende a un porcentaje de 18,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El tercer lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a bares o pubs**, que asciende a un porcentaje de 13,5 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El cuarto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Madrid (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a bares o pubs**, que asciende a un porcentaje de 11,5 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El quinto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del

tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a bares o pubs**, que asciende a un porcentaje de 11,2 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a bares o pubs**, que asciende a un porcentaje de 7,5 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El séptimo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a bares o pubs**, que asciende a un porcentaje de 4,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría de acudir a **bares o pubs**, hallados en la muestra británica, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la danesa, que ha conseguido el menor, asciende a (28,0 menos 4,0) 24,0 puntos de diferencia a favor de la británica.

En la categoría de acudir a **bares o pubs**, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la del Reino Unido asciende a (28,0 menos 11,5) 16,5 puntos a favor de ésta última muestra.

En la categoría de acudir a **bares o pubs**, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la danesa asciende a (11,5 menos 4) 7,5 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En esta categoría, la diferencia de Madrid con la muestra que consigue la mayor prevalencia (24,0) en esta respuesta resulta ser **superior** a la diferencia de Madrid con la de menor prevalencia (7,5). La diferencia entre ambas asciende a 9,0 puntos.

En resumen, en la categoría de acudir **a los bares y pubs**, la muestra madrileña se posiciona en cuarto lugar, después del Reino Unido, Portugal y de Barcelona. La muestra madrileña acude con más frecuencia a **los bares y pubs** que la de Los Países Bajos, Dinamarca y Finlandia, que obtienen menores prevalencias que la muestra madrileña.

Se puede concluir que las muestras pertenecientes a Europa del Sur detrás del Reino Unido, son las de mayor prevalencia respecto a la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la categoría de acudir a los bares y pubs.

B. 8. 7. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir a: la **Discoteca**. (Item número 28).

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la discoteca**, asciende a un porcentaje de 9,1 %. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la discoteca**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la discoteca**, que asciende a un porcentaje de 23,9 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la discoteca**, que asciende a un porcentaje de 19,6 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El tercer lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la discoteca**, que asciende a un porcentaje de 18,6 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El cuarto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la discoteca**, que asciende a un porcentaje de 12,2 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El quinto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **La comunidad Autónoma de Madrid**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en

la categoría **de acudir a la discoteca**, que asciende a un porcentaje de 9,1 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la discoteca**, que asciende a un porcentaje de 9,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El séptimo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la discoteca**, que asciende a un porcentaje de 5,6 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría de acudir a **la discoteca**, hallados en la muestra danesa, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la barcelonesa, que ha conseguido el menor, asciende a (23,9 menos 5,6) 18,3 puntos de diferencia a favor de la danesa.

En la categoría de acudir a **la discoteca**, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la danesa, asciende a (23,9 menos 9,1) 14,8 puntos a favor de ésta última muestra.

En la categoría de acudir a **la discoteca**, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la barcelonesa, asciende a (9,1 menos 5,6) 3,5 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En esta categoría, la diferencia de Madrid con la muestra que consigue la mayor prevalencia (14,8 puntos de diferencia) en esta respuesta resulta ser **superior** a la diferencia de Madrid con la de menor prevalencia (3,5 puntos de diferencia). La diferencia entre ambas asciende a 11,3 puntos.

En resumen, en la categoría de acudir **a la discoteca**, la muestra madrileña se posiciona en el quinto lugar, después de Dinamarca, Finlandia, el Reino Unido y Portugal. La muestra madrileña acude con más frecuencia a **la discoteca** que la de Los Países Bajos y de Barcelona, que obtienen menores prevalencias que la muestra madrileña.

Se puede concluir que las muestras pertenecientes a los países escandinavos, detrás del Reino Unido, son las de mayor prevalencia respecto a la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la categoría de acudir a los bares y pubs.

B. 8. 8. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir a: **Restaurantes o cafeterías**. (Item número 29).

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a restaurantes o cafeterías**, asciende a un porcentaje de 34,7%. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a restaurantes o cafeterías**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a restaurantes o cafeterías**, que asciende a un porcentaje de 52,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a restaurantes o cafeterías**, que asciende a un porcentaje de 51,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El tercer lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a restaurantes o cafeterías**, que asciende a un porcentaje de 48,7 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El cuarto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a restaurantes o cafeterías**, que asciende a un porcentaje de 38,8 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El quinto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del

tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a restaurantes o cafeterías**, que asciende a un porcentaje de 36,9 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **La Comunidad Autónoma de Madrid**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a restaurantes o cafeterías**, que asciende a un porcentaje de 34,7 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El séptimo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a restaurantes o cafeterías**, que asciende a un porcentaje de 27,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría **de acudir a restaurantes o cafeterías**, hallados en la muestra portuguesa, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la danesa, que ha conseguido el menor, asciende a (52,4 menos 27,4) 25,0 puntos de diferencia a favor de la portuguesa.

En la categoría de acudir a **restaurantes o cafeterías**, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Portugal, asciende a 17,7 puntos a favor de ésta última muestra.

En la categoría de acudir a **restaurantes o cafeterías**, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la danesa asciende a 7,3 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En esta categoría, la diferencia de Madrid con la muestra que consigue la mayor prevalencia (17,7 puntos) en esta respuesta resulta ser **superior** a la diferencia de Madrid con la de menor prevalencia (7,3 puntos). La diferencia entre ambas asciende a 10,4 puntos de diferencia.

En resumen, en la categoría de acudir **restaurantes o cafeterías**, la muestra madrileña se posiciona en el sexto lugar, después de Portugal Finlandia, el Reino Unido Los Países Bajos y de Barcelona. La muestra madrileña acude con más frecuencia a **la discoteca** que la de Dinamarca, que obtiene menor prevalencia que la muestra madrileña.

Se puede concluir que la muestra de Madrid, se posiciona en la penúltima posición solo antes de Dinamarca, la de menor prevalencia respecto a la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la categoría de acudir a los restaurantes y cafeterías.

B. 8. 9. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir al: **Cine**. (Item número 30).

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al cine**, asciende a un porcentaje de 48,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al cine**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al cine**, que asciende a un porcentaje de 55,9 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **La Comunidad autónoma de Madrid**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al cine**, que asciende a un porcentaje de 48,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El tercer lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al cine**, que asciende a un porcentaje de 45,8 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El cuarto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al cine**, que asciende a un porcentaje de 45,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El quinto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al cine**, que asciende a un porcentaje de 34,5 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al cine**, que asciende a un porcentaje de 28,2 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El séptimo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir al cine**, que asciende a un porcentaje de 19,6 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría **de acudir al cine**, hallados en la muestra británica, que ha conseguido el menor porcentaje, y la danesa, que ha conseguido el mayor, asciende a (55,9 menos 19,6) 36,3 puntos de diferencia a favor de la británica.

En la categoría de acudir **al cine**, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la británica, asciende a 7,5 puntos a favor de ésta última muestra.

En la categoría de acudir **al cine**, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es danesa asciende a 28,8 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En esta categoría, la diferencia de Madrid con la muestra que consigue la mayor prevalencia (7,5 puntos) en esta respuesta resulta ser **inferior** a la diferencia de Madrid con la de menor prevalencia (28,8). La diferencia entre ambas asciende a 21,3 puntos de diferencia

En resumen, en la categoría de acudir **al cine**, la muestra madrileña se posiciona en el segundo lugar, después del Reino Unido. La muestra madrileña acude con más frecuencia **al cine** que la de Portugal, Barcelona Finlandia, Los Países Bajos y de Dinamarca, que obtienen menor prevalencia que la muestra madrileña.

Se puede concluir que la muestra de Madrid, se posiciona en la segunda posición solo detrás del reino Unido, la de mayor prevalencia respecto a la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la categoría de acudir a los restaurantes y cafeterías.

Como recomendación para el futuro, se afirma que, al detectarse una prevalencia considerable en los adolescentes de todas las zonas europeas estudiadas, yendo al cine en el uso del tiempo libre y de ocio, es aconsejable fomentar que los programas de educación y promoción de la salud, incluyan para el nivel comunitario de intervención actividades de cine fórum, conducentes a incentivar patrones de hábitos saludables.

B. 8. 10. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir a: la **piscina**. (Item número 31).

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la piscina**, asciende a un porcentaje de 48,3 %. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría d**e acudir a la piscina**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la piscina**, que asciende a un porcentaje de 68,8 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **La Comunidad de Madrid**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la piscina**, que asciende a un porcentaje de 48,3 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El tercer lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la piscina**, que asciende a un porcentaje de 42,3 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El cuarto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la piscina**, que asciende a un porcentaje de 39,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El quinto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre

con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la piscina**, que asciende a un porcentaje de 35,9 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la piscina**, que asciende a un porcentaje de 35,1 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El séptimo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la piscina**, que asciende a un porcentaje de 30,6 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría **de acudir a la piscina**, hallados en la muestra británica, que ha conseguido el menor porcentaje, y la danesa, que ha conseguido el mayor, asciende a (68,8 menos 30,6) 38,2 puntos de diferencia a favor de la británica.

En la categoría de acudir a **la piscina**, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la británica asciende a (68,8 menos 48,3) 20,5 puntos a favor de ésta última muestra.

En la categoría de acudir a **la piscina**, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la danesa asciende a (48,3 menos 30,6) 17,7 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En esta categoría, la diferencia de Madrid con la muestra que consigue la mayor prevalencia en esta respuesta resulta ser **superior** a la diferencia de Madrid con la de menor prevalencia. Esta diferencia asciende a (20,5 menos 17,7) 2,8 puntos.

En resumen, en la categoría de acudir **a la piscina**, la muestra madrileña se posiciona en el segundo lugar, después del Reino Unido. La muestra madrileña acude con más frecuencia **a la piscina** que la de Los Países Bajos, Finlandia, Portugal, Barcelona, y de Dinamarca, que obtienen menor prevalencia que la muestra madrileña.

Se puede concluir que la muestra de Madrid, se posiciona en la segunda posición solo detrás del Reino Unido, la de mayor prevalencia respecto a la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la categoría de acudir a la piscina.

Como recomendación para el futuro, se afirma que, al detectarse una prevalencia considerable en los adolescentes de todas las zonas europeas estudiadas, yendo a la piscina en el uso del tiempo libre y de ocio, es aconsejable fomentar que los programas de educación y promoción de la salud, incluyan para el nivel comunitario de intervención actividades en la piscina, ya que nadar es una de las conductas de mayor

incompatibilidad con el hábito de fumar, a fin de promover patrones de hábitos saludables.

B. 8. 11. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir a: **Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**. (Item número 32).

La prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en la Comunidad de Madrid (España) con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, asciende a un porcentaje de 51,1 %. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

La primera posición la ocupa la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 71,9 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 58,5 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El tercer lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 57,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El cuarto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **La Comunidad autónoma de Madrid**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 51,1 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El quinto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 47,9 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 47,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El séptimo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 35,7 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría **de acudir a Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, hallados en la muestra británica, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la barcelonesa, que ha conseguido el menor, asciende a (71,9 menos 35,7) 36,2 puntos de diferencia a favor de la británica.

En la categoría de acudir a **Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, la diferencia entre los porcentajes hallados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el mayor porcentaje, ésta es la de Reino Unido, asciende a (71,9 menos 51,1) 20,8 puntos a favor de ésta última muestra.

En la categoría de acudir a **Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, la diferencia entre los porcentajes encontrados en la muestra madrileña en comparación con la muestra que ha conseguido el menor porcentaje, ésta es la barcelonesa, asciende a (51,1 menos 35,7) 15,4 puntos a favor de nuestra muestra de Madrid.

En esta categoría, la diferencia de Madrid con la muestra que consigue la mayor prevalencia (20,8puntos) en esta respuesta resulta ser **superior** a la diferencia de Madrid con la de menor prevalencia (15,4 puntos). La diferencia entre ambas es de 5,4 puntos.

En resumen, en la categoría de acudir **a Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, la muestra madrileña se posiciona en el cuarto lugar, después del Reino Unido, Finlandia y de Dinamarca. La muestra madrileña acude con más frecuencia a **Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**, que la de Portugal, Los Países Bajos y Barcelona, que obtienen menor prevalencia que Madrid.

Se puede concluir que la muestra de Madrid, se posiciona en la cuarta posición solo detrás del Reino Unido y de los países escandinavos, los de mayor prevalencia respecto a la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la categoría de acudir a **Tiendas o Centro Comercial (con los/as amigos/as)**,.

Como recomendación para el futuro, se afirma que, al detectarse una prevalencia notable en los adolescentes de todas las zonas europeas estudiadas, yendo de tiendas con los amigos/as, en el uso del tiempo libre y de ocio, es aconsejable fomentar que los programas de educación y promoción de la salud, incluyan para el nivel comunitario de intervención actividades en los centros comerciales, ya que es un lugar muy frecuentado por los adolescentes.

B. 8. 12. La prevalencia expresada en porcentajes, en Madrid con respecto al resto de las zonas europeas participantes, relativa a la variable de la ocupación del **ocio y del tiempo libre al menos una vez al mes** en la categoría de acudir a: la **Calle (con los/as amigos/as)**. (Item número 33).

La primera posición la consigue la prevalencia de nuestra muestra, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **La Comunidad Autónoma de Madrid (España)** con respecto a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Calle (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 51,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría acudir a **la Calle (con los/as amigos/as)**, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

El segundo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **El Reino Unido**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Calle (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 68,7 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El tercer lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Portugal**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Calle (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 63,9 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El cuarto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Barcelona (España)**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Calle (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 57,4 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El quinto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Dinamarca**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Calle (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 55,2 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El sexto lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Finlandia**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Calle (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 51,3 %. (Véase la Tabla B-VIII).

El séptimo lugar lo ocupa, la prevalencia, expresada en términos de porcentaje, obtenida en **Los Países Bajos**, relativa a la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en la categoría **de acudir a la Calle (con los/as amigos/as)**, que asciende a un porcentaje de 48,0 %. (Véase la Tabla B-VIII).

La diferencia entre los porcentajes en la categoría **de acudir a la Calle (con los/as amigos/as)**, hallados en la muestra de **La Comunidad Autónoma de Madrid (España)**, que ha conseguido el mayor porcentaje, y la de **Los Países Bajos**, que ha conseguido el menor, asciende a (75,2 menos 48,0) 27,2 puntos de diferencia a favor de la muestra de **La Comunidad Autónoma de Madrid (España)**.

En resumen, en atención a los resultados obtenidos, en la categoría de estar **en la calle (con los/as amigos/as)**, la muestra madrileña se posiciona en el primer lugar. La muestra de adolescentes madrileños permanece con más frecuencia **en la calle (con los/as amigos/as)**, que las muestras del Reino Unido, de Portugal, de Barcelona, de Dinamarca, de Finlandia y de Los Países Bajos, que obtienen menor prevalencia que nuestra muestra de Madrid.

Se puede concluir que la muestra de Madrid, en comparación con el resto de las zonas participantes en el Proyecto ESFA, se posiciona en el primer puesto en la prevalencia respecto a la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre en la categoría de permanecer **en la calle(con los/as amigos/as)**.

En Madrid para la intervención en el ámbito comunitario de organizó la FERIA-ESFA – Madrid, en la ciudad de Getafe que es el grupo experimental, en la calle, al aire libre.

Como recomendación para el futuro, se afirma que, al detectarse una prevalencia alta en los adolescentes de todas las zonas europeas estudiadas, permaneciendo en la calle con los amigos/as, en el uso del tiempo libre y de ocio, es aconsejable fomentar que los programas de educación y promoción de la salud, incluyan para el ámbito comunitario de intervención actividades en la calle, ya que es uno de los lugares preferidos y más frecuentados por los adolescentes.

Ejemplo de la aplicación del análisis de los resultados de la investigación ESFA para el diseño de los Programas de Intervención ESFA en Madrid.

Los hallazgos encontrados en esta variable de ocupación del ocio y del tiempo libre hallazgo, respecto a los lugares, el tipo de actividades y sus frecuencias, presentan gran relevancia para un proyecto de investigación-acción como el nuestro. Un ejemplo explícito, de aplicación de la investigación al diseño de la intervención, lo realizamos en Madrid. Una de las actividades diseñadas para el ámbito comunitario consistió en la preparación de la "Feria ESFA-Madrid". Se realizaba en Getafe, el día mundial sin tabaco, el treinta y uno de mayo, al aire libre, en la calle. Para ello, se utilizó el autobús de Salud Pública perteneciente a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de La Comunidad Autónoma de Madrid. En el viaje del autobús de Salud Pública se comunicaba la información de políticas libres de tabaco, los programas de cesación, lo folletos, las pegatinas y el diálogo entre los participantes en el proyecto ESFA.

Los hallazgos encontrados en esta variable de ocupación del ocio y del tiempo libre hallazgo, respecto a los lugares, el tipo de actividades y sus frecuencias, presentan gran relevancia para un proyecto de investigación-acción como el nuestro. Un ejemplo explícito, de aplicación de la investigación al diseño de la intervención, lo realizamos en Madrid. Una de las actividades diseñadas para el ámbito comunitario consistió en la preparación de la "Feria ESFA-Madrid". Se realizaba en Getafe, el día mundial sin tabaco, el treinta y uno de mayo, al aire libre, en la calle. Para ello, se utilizó el autobús de Salud Pública perteneciente a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de La Comunidad Autónoma de Madrid. En el viaje del autobús de Salud Pública se comunicaba la información de políticas libres de tabaco, los programas de cesación, lo folletos, las pegatinas y el diálogo entre los participantes en el proyecto ESFA.

Hallazgos en la relación entre las categorías de la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre.

El porcentaje obtenido en Madrid en la categoría de estar en la calle con los/as amigos/as, 75,2 %, que consigue la primera posición, es el más alto encontrado, comparado con el porcentaje de todas las primeras posiciones en el resto de las categorías de esta variable.

En orden decreciente, se expone a continuación la relación ordinal de los resultados obtenidos en las zonas que ocupan **la primera posición**, en la variable de la ocupación del ocio y del tiempo libre con la frecuencia de al menos una vez al mes, en las **doce categorías** analizadas, en el resto de las zonas europeas específicas participantes en comparación con el hallado en la Comunidad de Madrid (España):

PRIMERA: En la categoría de **estar en la calle** con los/as amigos/as, obtiene la primera posición la muestra de **Madrid** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 75,2 %.

SEGUNDA: En la categoría de salir de **tiendas** o al Centro Comercial con los/as amigos/as, obtiene la primera posición la muestra del **Reino Unido** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 71,9 %.

TERCERA: En la categoría de ir al **polideportivo**, obtiene la primera posición la muestra de **Los Países Bajos** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 70,3 %.

CUARTA: En la categoría de ir a la **piscina**, obtiene la primera posición la muestra del **Reino Unido,** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 68,8 %.

QUINTA: En la categoría de ir al **cine**, obtiene la primera posición la muestra del **Reino Unido,** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 55,9 %.

SEXTA: En la categoría de ir a la **biblioteca**, obtiene la primera posición la muestra de **Finlandia,** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 53,8 %.

SÉPTIMA: En la categoría de ir a **restaurantes o cafeterías** , obtiene la primera posición la muestra de **Portugal,** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 52,4 %.

OCTAVA: En la categoría de asistir a **grupo juvenil en la escuela**, obtiene la primera posición la muestra de **Dinamarca,** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 37,1 %

NOVENA: En la categoría de asistir a **grupo scouts u otros**, obtiene la primera posición la muestra de **Barcelona,** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 28,1 %.

DÉCIMA: En la categoría de ir a **bares o pubs**, obtiene la primera posición la muestra del **Reino Unido,** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 28,0 %.

DÉCIMOPRIMERA: En la categoría de asistir a **grupos parroquiales**, obtiene la primera posición la muestra del **Reino Unido,** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 24,4 %.

DÉCIMOSEGUNDA: En la categoría de ir a **la discoteca**, obtiene la primera posición la muestra de **Dinamarca,** respecto al resto de las zonas europeas, con la prevalencia que asciende al 23,9 %.

Posición ordinal de los resultados analizados en las doce categorías de la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid.

LA PRIMERA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de **estar en la calle con los/as amigos/as**, que obtiene una prevalencia de 75,2 % .

LA SEGUNDA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de ir al **polideportivo**, que obtiene una prevalencia de 57,0 % .

LA TERCERA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de **ir de tiendas o al Centro Comercial con los/as amigos/as**, que obtiene una prevalencia de 51,1 % .

LA CUARTA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de **ir al cine**, que obtiene una prevalencia de 48,4 % .

LA QUINTA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de **ir a la piscina**, que obtiene una prevalencia de 48,3 % .

LA SEXTA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de ir a **la biblioteca**, que obtiene una prevalencia de 35,7 % .

LA SÉPTIMA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de acudir a **restaurantes o cafeterías**, que obtiene una prevalencia de 34,7 % .

LA OCTAVA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de grupo juvenil en el Instituto o Colegio , que obtiene una prevalencia de 22,0 % .

LA NOVENA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de asistir a **grupos de scouts u otros grupos**, que obtiene una prevalencia de 14,8 % .

LA DÉCIMA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de asistir a **grupos de jóvenes en la parroquia**, que obtiene una prevalencia de 12,8 % .

LA DÉCIMOPRIMERA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de **ir a bares o pubs**, que obtiene una prevalencia de 11,5 % .

LA DÉCIMOSEGUNDA POSICIÓN DE PREVALENCIA: en nuestra muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid, en la variable de ocupación del ocio y del tiempo libre de los adolescentes, encontramos ocupando dicha posición en la categoría de **ir a la discoteca**, que obtiene una prevalencia de 9,1 % .

Donde pasan los adolescentes el tiempo libre cuando no están en la escuela, también se le preguntó en el cuestionario. En general, pasar el rato en la calle o en las tiendas parece ser el pasatiempo más popular, seguido por el club deportivo, la biblioteca, la piscina, el bar y el cine son muy populares en la mayoría de los países. En Dinamarca, los clubes juveniles son importantes lugares para ir.

3 RESULTADOS.

Parte C.

3. RESULTADOS. Parte C.

Introducción.

En la parte C de los resultados se exponen los datos obtenidos de la aplicación del primer cuestionario ESFA para los adolescentes.

Más de 23.000 adolescentes de 12-13 años de edad de seis países europeos rellenaron el cuestionario ESFA de la primera medida. Los cuestionarios se distribuyeron a través de sus centros educativos.

En la muestra de La Comunidad autónoma de Madrid, la población total de adolescentes que participaron en la muestra de la primera medición comprendía un total de tres mil doscientos treinta y siete (3.237). En la muestra estudiada todos/as ellos/as eran estudiantes de primer curso de Educación Secundaria Obligatoria. Su edad estaba comprendida entre los once años y los catorce años.

Las variables que vamos a describir en este apartado constan en el cuestionario ESFA, el cual contenía algunas preguntas relativas a:

1. El rendimiento académico.
2. La participación en diferentes conductas de riesgo social, incluyendo entre estas la conducta desviada del consumo de otras sustancias adictivas, algunas de ellas de venta y uso ilegal para menores de edad en algunos países, como el consumo de bebidas con alcohol.
3. La cantidad de dinero disponible que se pueden gastar los adolescentes cada la semana.
4. El tipo de educación recibida, laica o en alguna religión.
5. La conducta de fumar o no tabaco.

FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS.

La tercera parte C del estudio de la presente investigación doctoral tiene como principales objetivos los siguientes:

OBJETIVO GENERAL 1.- Describir y analizar la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de género (masculino y femenino).

OBJETIVO GENERAL 2.- Describir y analizar la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable del rendimiento escolar.

OBJETIVO GENERAL 3.- Describir y analizar la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable del consumo de alcohol.

OBJETIVO GENERAL 4.- Describir y analizar la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de la cantidad de dinero para gastar a la semana.

OBJETIVO GENERAL 5.- Describir y analizar la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de del tipo de educación laica o en alguna religión.

OBJETIVO GENERAL 6.- Describir y analizar la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de

nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de LA CONDUCTA DE FUMAR.

FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

En relación con los objetivos propuestos se proponen las siguientes hipótesis de trabajo:

HIPÓTESIS 1.-En la prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de género (masculino y femenino), no se apreciarán diferencias estadísticamente significativas.

HIPÓTESIS 2.- En la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable del rendimiento escolar, la distribución de los porcentajes no será equitativa en los tercios inferior, medio y superior y se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la distribución.

HIPÓTESIS 3.- En la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable del consumo de alcohol, la distribución de los porcentajes no será equitativa en los cinco criterios de frecuencia de consumo y se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la distribución.

HIPÓTESIS 4.- En la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de la cantidad de dinero para gastar a la semana, la distribución de los porcentajes no será equitativa en los ocho criterios de segmentación de las cantidades y se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la distribución.

a frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de del tipo de educación laica o en alguna religión, la distribución de los porcentajes no será equitativa en los siete criterios de clasificación y se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la distribución.

HIPÓTESIS 5.- En la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable de LA CONDUCTA DE FUMAR, la distribución de los porcentajes no será equitativa para las cinco etapas de adquisición en el inicio del consumo del tabaco y se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar la distribución.

La frecuencia medida en la muestra de La Comunidad Autónoma de Madrid (España) participante en el proyecto ESFA y la prevalencia en téminos de porcentajes.

A continuación se muestran de los resultados obtenidos en términos de la frecuencia y su respectiva prevalencia en la muestra del proyecto ESFA en la Comunidad Autónoma de Madrid (España), así como el análisis de dichos resultados.

Las variables analizadas utilizando como instrumento de medida el cuestionario ESFA, que se presentan, son las siguientes:

1. Las edades de los adolescentes en la muestra de la Comunidad de Madrid, respecto a la variable del **rango de edad**.
2. La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de **participación,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes **con respecto a la variable de género (masculino y femenino)**.
3. La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable **del rendimiento académico**.
4. La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable **del consumo de bebidas con alcohol**.
5. La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable **de la cantidad de dinero que se gastan a la semana**.
6. La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable **del tipo de educación: laica o en alguna religión**.
7. La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable **del consumo de tabaco**.

El apartado de resultados en su tercera parte C, consta de siete sub-apartados, que contienen, con excepción del primero de ellos, las respectivas tablas, cuya enumeración se expone a continuación, asociada con las variables, cuyos resultados se analizarán seguidamente.

Las edades de los adolescentes en la muestra de la Comunidad de Madrid, respecto a la variable del **rango de edad**.

La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de **participación,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable de género (masculino y femenino)**. (Véase la Tabla C-I).

La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable **del rendimiento académico**. (Véase la Tabla C-II).

La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable **del consumo de bebidas con alcohol**. (Véase la Tabla C-III).

La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable **de la cantidad de dinero que se gastan a la semana**. (Véase la Tabla C-IV).

La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable **del tipo de educación: laica o en alguna religión**. (Véase la Tabla C-V).

La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la variable **del consumo de tabaco**. (Véase la Tabla C-VI).

C. 1. LAS EDADES DE LOS ADOLESCENTES EN LA MUESTRA DE MADRID CON RESPECTO A LA VARIABLE DEL **RANGO DE EDAD.**

La población total de adolescentes que participaron en la muestra de la primera medición comprendía un total de tres mil doscientos treinta y siete (3.237). En la muestra estudiada todos/as los/as adolescentes estaban matriculados cursando el primer curso de Educación Secundaria Obligatoria. Por ello, su edad estaba comprendida entre los once años y los catorce años.

Teniendo en cuenta que la primera medida del cuestionario ESFA se realizó en octubre al inicio del curso escolar, la explicación más coherente de la causa por la que en la población madrileña podemos encontrar alumnos/as en un mismo curso de una franja de edad tan amplia es básicamente por dos razones.

En primer lugar, la edad inferior, esto es, once años, corresponde a todos/as aquellos alumnos/as nacidos en los meses comprendidos entre septiembre y diciembre, es decir, el último cuatrimestre del año. En el sistema educativo español la asignación del alumnado a los cursos académicos de estudios se realiza por año de nacimiento. De este modo, al inicio del curso escolar de Primero de Educación Secundaria Obligatoria, podemos encontrar alumnado, cuya edad es de once años y que cumplirán los doce años hasta el treinta y uno de diciembre.

Aunque cabía la posibilidad de encontrar alumnado de edades inferiores por el hecho de tener un dictamen de necesidades educativas específicas de altas capacidades, que permitía la aceleración del curso académico que le correspondería por edad cronológica, como medida extraordinaria desde que en 1994, la legislación contemplaba esta opción para el alumnado de altas capacidades. Sin embargo, la tendencia de la aplicación de esta medida en la Educación Primaria era poco probable.

En segundo y último lugar, la tendencia a la repetición de curso escolar era más probable. De este modo nos podíamos encontrar alumnado que hubiera repetido uno o dos cursos a lo largo de la educación Primaria. Por lo tanto, los alumnos los alumnos de mayor edad, esto es, los de catorce años cumplidos, serían aquellos que habiendo repetido curso habrían nacido en los meses comprendidos entre enero y septiembre, esto es, durante los dos primeros cuatrimestres del año.

La muestra estudiada de alumnado del Proyecto ESFA para la medición de la línea base, estaban matriculados en Primer curso en cuatro municipios diferentes de la Comunidad de Madrid. Estas localidades participantes en el Proyecto ESFA fueron: Alcorcón, Getafe, Parla y Pinto. Todos estos municipios están situados en la zona sur de la Comunidad de Madrid.

C. 2. LA FRECUENCIA Y LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES EN LA MUESTRA DE MADRID CON RESPECTO A LA VARIABLE DEL **GÉNERO (SEXO MASCULINO Y FEMENINO).**

En este apartado analizaremos la frecuencia y la prevalencia en la muestra madrileña, en lo referente a la variable sexo, género masculino y género femenino.

De la muestra total de tres mil doscientos treinta y siete, la distribución de la prevalencia relativa a la variable sexo, esto es género masculino y género femenino, se encontró que mil quinientos setenta y cuatro pertenecían a la frecuencia encontrada de varones y mil seiscientos treinta y nueve pertenecían a la asignación de género femenino.

La siguiente tabla muestra la frecuencia y porcentajes respectivos a la variable sexo. En la muestra hubo un total de 1.574 varones, esto es en valores porcentuales un 49,0% y un total de 1639 niñas, lo que representa en valores de porcentaje un 51,0% de chicas respecto al total de la muestra estudiada.

A continuación se expone la Tabla C-I en la que consta la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de **participación,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable de género (masculino y femenino)**. (Véase la Tabla C-I).

Tabla C-I: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de **participación,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable de género (masculino y femenino)**.

GÉNERO	N	PORCENTAJE
CHICOS	1574	49.0 %
CHICAS	1639	51.0 %
TOTAL	3213	100 %

Como se indica en la tabla anterior de prevalencia teniendo en cuenta la asignación de varones o mujeres, no se pueden apreciar diferencias significativas en la muestra estudiada en lo respectivo a la variable sexo. Apareciendo una diferencia de los porcentajes entre chicos y chicas de tan solo un 1% de diferencia. En la muestra estudiada aparecen un uno por ciento más de alumnas (sexo femenino) que de alumnos (sexo masculino).

Al sumar el número de chicos y de chicas participantes aparece una diferencia de veinticuatro alumnos/as respecto al número total de la muestra a la que se le aplicó el cuestionario ESFA. Esto puede ser debido a que se retiraron aquellos cuestionarios en los que faltaban los datos referidos a la citada variable. Ha de tenerse en cuenta la influencia de las diferencias lingüísticas entre el castellano y el neerlandés, que era la lengua materna de los investigadores de la universidad de Maastricht en Los Países Bajos, que eran los responsables de la tabulación de aquellos datos personales como nombre y apellidos del alumnado, nombre del instituto o colegio que constaban en el sobre en el que cada alumno/a introducía el cuestionario y lo cerraba personalmente y al que le correspondía un número mediante el sistema de código de barras inscrito en el sobre.

Para personas con dominio alto de la lengua castellana, se puede suplir la dificultad de asignar una persona a su género de sexo, si no consta porque los nombres de los chicos o chicas en castellano son fácilmente distinguibles por las características culturales madrileñas en la asignación de nombres para varones y mujeres.

No obstante, conviene tener en cuenta que las dificultades para distinguir el sexo al que pertenece una persona a través de su nombre, también acontecería a los investigadores que teniendo un nivel alto de lengua castellana, tuvieran que apoyarse en la lectura del nombre y apellidos de la población inmigrante con tanta diversidad lingüística, si no constare contestada la respuesta explícita a la pregunta de “eres chico o chica” con dos alternativas de respuesta.

La información sobre el sexo masculino o femenino del alumno/a se recogía en el apartado uno en la pregunta número dos (I.2.). La pregunta consta redactada en forma interrogativa explícita: “¿Eres chico a chica? A continuación aparecen dos casillas en forma de recuadro para marcar con un aspa al lado de la respuesta, como se indicaba en las instrucciones para rellenar el cuestionario. En este ítem podían marcar chico o chica.

C. 3. LA FRECUENCIA Y LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES EN LA MUESTRA DE MADRID CON RESPECTO A LA VARIABLE DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO.

Analizamos en este apartado la frecuencia y la prevalencia en la muestra madrileña estudiada relativa a la variable del rendimiento académico. La distribución de la muestra se categoriza en los tres niveles asignados para calcular el rendimiento escolar.

Los adolescentes dieron su opinión acerca de sus propios logros académicos en el curso anterior. Existen tres categorías posibles de respuesta: tercio inferior, medio y el tercio superior, esto es, entre los de los que obtienen las mejores de las notas de la clase.

Como se puede observar en la siguiente tabla, el 55,9% elige el tercio de rendimiento académico medio. Pero la diferencia numérica más importante es entre los que aparecen en el tercio de más bajo rendimiento (4,9%) y el tercio superior (38,2).

En el cuestionario ESFA, las preguntas relativas al rendimiento escolar, estaban en la Parte primera pregunta número cinco (I.5.). La redacción fue adaptada para la comprensión lingüística de un nivel básico esperable para alumnos que habían aprobado sexto de educación primaria.

La pregunta era: “I.5. El año pasado, ¿cómo fueron tus notas comparadas con el resto si divides tu clase en tres partes? Las alternativas de respuesta eran las tres siguientes: mis notas estaban en la parte más alta; mis notas estaban en la parte media; mis notas estaban en la parte más baja.”

Una posible explicación de la tendencia de la distribución excesivamente pequeña para el alumnado que ha decidido situarse en el tercio inferior podría ser en primer lugar que un alto porcentaje del alumnado que no aprueba muchas de todas las asignaturas tiene que repetir curso, por ello no se encontrarían en la muestra del alumnado de nuestra muestra que cursan primer curso de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.).

En segundo lugar en el sistema educativo español las calificaciones o notas que se pueden obtener van desde una puntuación numérica de cero a diez acompañada de una calificación nominal en orden ascendente de: suspenso, aprobado, bien notable y sobresaliente. El suspenso lo obtienen los de la puntuación numérica del rango que va desde cero hasta inferior a cinco. El aprobado desde la puntuación de cinco hasta la inferior a seis. La calificación de bien va desde seis a inferior a siete. La calificación de notable se encuentra entre los valores de siete hasta inferior a nueve. Y la calificación de sobresaliente va desde nueve hasta diez.

La explicación más razonable es que una muestra española como la nuestra de una edad media de 12,9 años, aplicara un mapa conceptual cognitivo de distribución de las notas en tres partes del modo siguiente: rendimiento bajo para los que obtuvieron una media de aprobado con algún suspenso (de cero a cinco); rendimiento medio para los de aprobado y bien (de cinco a seis) y rendimiento alto para los de notable y sobresaliente (de siete a diez).

A continuación se expone la Tabla C-II en la que consta la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación**,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable del rendimiento académico**. (Véase la Tabla C-II).

Tabla C-II: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de **participación,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable del rendimiento escolar**.

RENDIMIENTO ESCOLAR	**N**	**PORCENTAJE**
TERCIO **INFERIOR** DE MI CLASE	158	4,9 %
TERCIO **MEDIO** DE MI CLASE	1810	55,9 %
TERCIO **SUPERIOR** DE MI CLASE	1238	38,2 %
TOTAL	3206	99,0 %

C. 4. LA FRECUENCIA Y LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES EN LA MUESTRA DE MADRID CON RESPECTO A LA VARIABLE DEL **CONSUMO DE ALCOHOL.**

En el apartado C-4 analizamos la frecuencia y la prevalencia de la conducta desviada de consumo de bebidas con alcohol.

En el cuestionario ESFA, en el apartado once relativo a preguntas sobre el estilo de vida (XI.2.), se preguntó a los adolescentes acerca de su hábito de frecuencia en el consumo de alcohol .La pregunta estaba redacta de la siguiente manera para las conductas de consumo de sustancias: "¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aproxima más a lo que haces? (XI.2.) Tomo bebidas con alcohol". Se indicaba que podía marcar solo una respuesta por frase. Podían elegir entre cinco categorías de respuesta que hacían referencia a la frecuencia de consumo, que estaban categorizadas como se muestran en la siguiente tabla C-III.

A continuación se expone la Tabla C-III en la que consta la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación**,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable del consumo de alcohol**. (Véase la Tabla C-III).

Tabla C-III: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de **participación,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable del consumo de alcohol**.

FRECUENCIA DE LA CONDUCTA DE CONSUMO DE BEBIDAS CON ALCOHOL	N	%
Al menos una vez a la semana	59	1,8
No semanalmente pero al menos una vez al mes	39	1,2
Menos de una vez al mes	47	1,5
Lo he hecho alguna vez	436	14,1
Nunca	2515	81,2
TOTAL		

La categoría "nunca" fue la más elegida por los adolescentes españoles (81,2%) y la segunda más elegida fue “lo he hecho alguna vez” (14,1%)

En la versión inglesa del cuestionario esa categoría de respuesta “lo he hecho alguna vez” era “sometimes”, cuya traducción literal es "a veces".

Cabe reseñar que la categoría que precede a “nunca”, en inglés era “sometimes”. En la traducción y adaptación del cuestionario ESFA a la población española castellano parlante, se tuvo que considerar una alternativa de traducción que contemplase la ventaja de ser válida para poder ser aplicada correctamente para el resto de la preguntas, ya que compartía categorización de frecuencia junto con otras diez preguntas que hacían referencia al consumo de otras sustancias y a conductas desviadas o antisociales conjuntamente.

Como al traducirla al castellano podía tener acepciones semánticas diferentes, que pudieran malinterpretarse o no entenderse correctamente por los adolescentes y que además podía haber creado confusión con la consecuencia de quedar invalidadas las respuestas, opté por traducir “sometimes” por “lo he hecho alguna vez”, semánticamente más cercano al “de vez en cuando” que los adolescentes de la media de edad de 12,9 años pudieran comprender más factiblemente.

Esta traducción, además permitía un orden secuencial más adecuado al encontrarse entre “menos de una vez al mes” y “nunca”. La alternativa de haber elegido la traducción de “de vez en cuando” podía generar confusión al no ir seguida de una medida temporal concreta como lo era en las opciones precedentes de alternativa de respuesta que contenían adverbios concretos de semanalmente o mensualmente.

C. 5. LA FRECUENCIA Y LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES EN LA MUESTRA DE MADRID CON RESPECTO A LA VARIABLE DE **LA CANTIDAD DE DINERO A GASTAR POR SEMANA.**

En este apartado analizamos la frecuencia y la prevalencia de la cantidad de dinero que los adolescentes madrileños disponen para gastar a la semana

En el cuestionario ESFA la pregunta X.21. es la que se refiere a la cantidad de dinero de que se dispone para gastar libremente a la semana.

La pregunta concretamente decía: "¿Cuánto dinero puedes gastar como a ti te parezca, la mayoría de las semanas (no incluido el dinero para ropa ni tus ahorros)?

Se pidió a los adolescentes que contestaran sobre la cantidad de dinero que suelen gastar normalmente a la semana. Para responder a la pregunta tenían ocho categorías diferentes de alternativa de respuesta para elegir.

Como se observa en la siguiente tabla C-V, Menos de 300 pesetas es la categoría más elegida (41,1%), la segunda es de entre 301 a 500 (18,3%) y el tercero es 501-1.000 (15,0%)

A continuación se expone la Tabla C-IV en la que consta la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación**,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable de la cantidad de dinero para gastar a la semana**. (Véase la Tabla C-IV).

Tabla C-IV: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de **participación,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable de la cantidad de dinero para gastar a la semana**.

GASTO DE DINERO	N	PORCENTAJE
Nada	465	14,4 %
Menos de 300	1329	41,1 %
301-500	592	18,3 %
501-1000	487	15,0 %
1001-1500	110	3,4 %
1501-2000	58	1,8 %
2001-2500	21	0,6 %
Más de 2500	80	2,5 %

C. 6. LA FRECUENCIA Y LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES EN LA MUESTRA DE MADRID CON RESPECTO A LA VARIABLE DEL TIPO DE EDUCACIÓN (LAICA O RELIGIOSA).

A continuación se expone la Tabla C-V en la que consta la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de **participación,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable del tipo de educación laica o en alguna religión**. (Véase la Tabla C-V).

Tabla C-V: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación, expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable de del tipo de educación laica o en alguna religión.**

EDUCACIÓN RELIGIOSA	N	PORCENTAJES
Católica	2344	72,4 %
Protestante	10	0,3 %
Musulmana	25	0,8 %
Budista	5	0,2 %
Testigos de Jehová	29	0,9 %
Sí, otra	22	0,7 %
No	683	21,1 %

La educación laica o religiosa es una de las variables utilizadas por cuestionario ESFA. La pregunta estaba en el apartado diez número veinticuatro (X.24.). Está redactada como una interrogativa de dos alternativas de respuesta: “¿Estás educado en alguna religión? Si la respuesta era afirmativa estaba asociada a seis alternativas referidas a la principales religiones practicadas en la zona: sí, católico; sí, protestante; sí, musulmana; sí budista; sí, testigo de Jehová y sí, otra:¿cuál? Disponían de espacio para responder por escrito.

La principal formación religiosa en la población adolescente española es la católica (72,4%) y la segunda posición es "No trasfondo, formación o antecedentes religiosos" (21,1%).

C. 7. LA FRECUENCIA Y LA PREVALENCIA EXPRESADA EN PORCENTAJES EN LA MUESTRA DE MADRID CON RESPECTO A LA VARIABLE DEL CONSUMO DE TABACO.

A continuación se expone la Tabla C-VI en la que consta la frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de participación**,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable de la conducta de fumar**. (Véase la Tabla C-VI).

Tabla C-VI: La frecuencia y su respectiva prevalencia de las tasas de **participación,** expresada en la frecuencia del número de nuestra muestra madrileña y su correspondiente prevalencia expresada en términos de porcentajes con respecto a la **variable de LA CONDUCTA DE FUMAR**.

CONDUCTA DE FUMAR Distribución en cinco etapas	N	PORCENTAJE
Consumo habitual	147	4,5 %
Etapa experimental	115	3,6 %
Etapa de probando	129	4,0 %
Dejar de fumar	83	2,6 %
No fumador/a	474	14,6 %
Nunca fumador/a	2264	69,9 %

La mayor prevalencia se encuentra en los/as categorizados/as como nunca fumadores/as, es decir, que nunca han fumado ni siquiera una calada (69,9 %).

La segunda posición de prevalencia aparece en los no fumadores/as después de haberlo probado (14,6 %).

La tercera posición de prevalencia se halla en la etapa de los que están con el consumo del tabaco, fumando de forma habitual, esto es, diariamente o al menos una vez por semana (4,5 %).

La cuarta posición de prevalencia se halla en la etapa de los que están probando con el consumo del tabaco (4,0 %).

En la quinta posición, la prevalencia de los que se sitúan en la etapa de estar experimentando con el consumo del tabaco (3,6 %).

En la sexta posición, los que dejan de fumar (2,6 %).

INDEPENDENT SAMPLES TEST

This table shows the analysis of dependent variable (smoking behaviour) and one of the independent variable (belief items) considered in ASE Model. This analysis compares means of two groups: smokers and nonsmokers.

ITEM	MEAN SMOKERS	MEAN NONSMOKERS	t	Sig.
Belief calm nerves	-1,17 (1,08)	-0,28 (0,70)	-9,957	0,000 ***
Belief bad for health	2,14 (0,94)	2,73 (0,64)	-7,522	0,000 ***
Belief help to be slim	-0,56 (0,96)	-0,42 (0,90)	-1,810	0,72
Belief stupid for me	1,39 (1,12)	2,36 (1,03)	-10,314	0,000 ***
Belief feel relaxed	-0,73 (1,40)	0,46 (131)	-10,153	0,000 ***
Belief confident in company	-4,08E-02 (1,18)	0,38 (1,31)	-4,262	0,000 ***
Belief wrong	1,15 (1,42)	2,33 (1,12)	-9,925	0,000 ***
Belief sorry ever started	2,12 (1,10)	2,58 (0,94)	-4,964	0,000 ***
Belief taste horrible	-0,40 (1,44)	1,08 (1,52)	-12,127	0,000 ***
Belief more attention	-2,04E-02 (1,06)	0,48 1,41	-5,476	0,000 ***
Belief unfriendly	0,18 (1,41)	0,94 (1,51)	-6,388	0,000 ***
Belief easy part of crowd	-0,22 (1,13)	0,13 (1,44)	-3,621	0,004 *

The differences of mean show statistically significance in almost all the belief items, less two items(belief help to be slim and belief easy part of crowd)

ITEM	MEAN SMOKERS	MEAN NONSMOKER	T	Sig
Direct social norm (most people)	5,63 (1,25)	6,11 (1,09)	-4,526	0,000
Social norm mother	6,03 (1,08)	6,32 (0,88)	-3,804	0,000
Social norm father	6,12 (1,09)	6,34 (0,90)	-2,891	0,004
Social norm brother(s)	5,73 (1,85)	6,41 (1,32)	-4,225	0,000
Social norm sister(s)	5,86 (1,67)	6,50 (1,37)	-4,324	0,000

3 RESULTADOS.

Parte D.

3. RESULTADOS: Parte D.

FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS.

La cuarta parte D del estudio de la presente investigación doctoral tiene como principales objetivos los siguientes:

OBJETIVO GENERAL 1.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de actitudes y creencias sobre las ventajas de fumar.

OBJETIVO GENERAL 2.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las actitudes y creencias sobre los inconvenientes de fumar.

OBJETIVO GENERAL 3.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales, opinión percibida de las figuras relevantes del entorno.

OBJETIVO GENERAL 4- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la conducta percibida de fumar en las figuras relevantes del entorno.

OBJETIVO GENERAL 5.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la percepción de la cantidad de personas del entorno que fuman.

OBJETIVO GENERAL 6.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la autoeficacia o capacidad de mantenerse como no fumador en situaciones que invitan a fumar.

OBJETIVO GENERAL 7.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la presión percibida para fumar.

OBJETIVO GENERAL 8.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la intención de fumar en el futuro.

OBJETIVO GENERAL 9.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales percibidas en el entorno escolar.

OBJETIVO GENERAL 10.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales percibidas en el entorno familiar.

OBJETIVO GENERAL 11.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las conductas de riesgo social: consumo de otras sustancias y conductas antisociales.

OBJETIVO GENERAL 12.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las actividades de ocio y tiempo libre y lugares que se frecuentan fuera del ámbito escolar.

OBJETIVO GENERAL 13.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la edad de inicio en el consumo del tabaco.

OBJETIVO GENERAL 14.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la frecuencia del consumo del tabaco: semanal-diario.

OBJETIVO GENERAL 15.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la frecuencia del consumo del tabaco: semanal-los fines de semana-a lo largo de toda la vida.

OBJETIVO GENERAL 16.- Describir, analizar y comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la intención de abandono del consumo del tabaco.

FORMULACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

En relación con los objetivos propuestos se proponen las siguientes hipótesis de trabajo:

HIPÓTESIS 1.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de actitudes y creencias sobre las ventajas de fumar.

HIPÓTESIS 2.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las actitudes y creencias sobre los inconvenientes de fumar.

HIPÓTESIS 3.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales, opinión percibida de las figuras relevantes del entorno.

HIPÓTESIS 4.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la conducta percibida de fumar en las figuras relevantes del entorno.

HIPÓTESIS 5.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la percepción de la cantidad de personas del entorno que fuman.

HIPÓTESIS 6.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la autoeficacia o capacidad de mantenerse como no fumador en situaciones que invitan a fumar.

HIPÓTESIS 7.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la presión percibida para fumar.

HIPÓTESIS 8.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la intención de fumar en el futuro.

HIPÓTESIS 9.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales percibidas en el entorno escolar.

HIPÓTESIS 10.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales percibidas en el entorno familiar.

HIPÓTESIS 11.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las conductas de riesgo social: consumo de otras sustancias y conductas antisociales.

HIPÓTESIS 12.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las actividades de ocio y tiempo libre y lugares que se frecuentan fuera del ámbito escolar.

HIPÓTESIS 13.- se apreciarán diferencias estadísticamente significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la edad de inicio en el consumo del tabaco.

HIPÓTESIS 14.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la frecuencia del consumo del tabaco: semanal-diario.

HIPÓTESIS 15.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la frecuencia del consumo del tabaco: semanal-los fines de semana-a lo largo de toda la vida.

HIPÓTESIS 16.- se apreciarán diferencias estadísticamente no significativas al comparar las diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la intención de abandono del consumo del tabaco.

Introducción.

En la parte D de los resultados se exponen los datos preliminares obtenidos de la aplicación del primer cuestionario ESFA para los/as adolescentes.

En este apartado, el análisis de los resultados considera la variable dependiente (la conducta de fumar) y cada una de las variables independientes del modelo ASE: actitudes, influencia social, expectativas de autoeficacia, la intención de fumar y varias variables sociodemográficas, culturales y conductas de riesgo.

Este análisis de resultados compara las medias de los dos grupos: fumadores/as y no fumadores/as con las variables independientes siguientes:

1. Las actitudes y las creencias sobre las ventajas de fumar.
2. Las actitudes y creencias sobre los inconvenientes de fumar.
3. Las normas sociales, opinión percibida de las figuras relevantes del entorno.
4. La conducta percibida de fumar en las figuras relevantes del entorno.
5. La percepción de la cantidad de personas del entorno que fuman.
6. La autoeficacia o capacidad de mantenerse como no fumador en situaciones que invitan a fumar.
7. La presión percibida para fumar.
8. La intención de fumar en el futuro.
9. Las normas sociales percibidas en el entorno escolar.
10. Las normas sociales percibidas en el entorno familiar.
11. Las conductas de riesgo social: consumo de otras sustancias y conductas antisociales.
12. Las actividades de ocio y tiempo libre y lugares que se frecuentan fuera del ámbito escolar.
13. La edad de inicio en el consumo del tabaco.
14. La frecuencia del consumo del tabaco: semanal-diario.
15. La frecuencia del consumo del tabaco: semanal-los fines de semana-a lo largo de toda la vida.
16. La intención de abandono del consumo del tabaco.

Las diferencias de medias se muestran en las tablas siguientes:

Tabla D-I: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de actitudes y creencias sobre las ventajas de fumar.

Tabla D-II: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las actitudes y creencias sobre los inconvenientes de fumar.

Tabla D-III: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales, opinión percibida de las figuras relevantes del entorno.

Tabla D-IV: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la conducta percibida de fumar en las figuras relevantes del entorno.

Tabla D-V: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la percepción de la cantidad de personas del entorno que fuman.

Tabla D-VI: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la autoeficacia o capacidad de mantenerse como no fumador en situaciones que invitan a fumar.

Tabla D-VII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la presión percibida para fumar.

Tabla D-VIII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la intención de fumar en el futuro.

Tabla D-IX: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales percibidas en el entorno escolar.

Tabla D-X: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales percibidas en el entorno familiar.

Tabla D-XI: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las conductas de riesgo social: consumo de otras sustancias y conductas antisociales.

Tabla D-XII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las actividades de ocio y tiempo libre y lugares que se frecuentan fuera del ámbito escolar.

Tabla D-XIII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la edad de inicio en el consumo del tabaco.

Tabla D-XIV: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la frecuencia del consumo del tabaco: semanal-diario.

Tabla D-XV: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la frecuencia del consumo del tabaco: semanal-los fines de semana-a lo largo de toda la vida.

Tabla D-XVI: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la intención de abandono del consumo del tabaco

El apartado de análisis de los resultados parte D, lo presentamos subdividido en diecisiete sub-apartados que se enumeran seguidamente.

D. 1. La variable dependiente: La dicotomía fumadores/as y no fumadores/as.

D. 2. Las actitudes y las creencias sobre las ventajas de fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 3. Las actitudes y creencias sobre los inconvenientes de fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 4. Las normas sociales, opinión percibida de las figuras relevantes del entorno. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 5. La conducta percibida de fumar en las figuras relevantes del entorno. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 6. La percepción de la cantidad de personas del entorno que fuman. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 7. La autoeficacia o capacidad de mantenerse como no fumador en situaciones que invitan a fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 8. La presión percibida para fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 9. La intención de fumar en el futuro. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 10. Las normas sociales percibidas en el entorno escolar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 11. Las normas sociales percibidas en el entorno familiar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 12. Las conductas de riesgo social: consumo de otras sustancias y conductas antisociales. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 13. Las actividades de ocio y tiempo libre y lugares que se frecuentan fuera del ámbito escolar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 14. La edad de inicio en el consumo del tabaco. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 15. La frecuencia del consumo del tabaco: semanal-diario. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

D. 16. La frecuencia del consumo del tabaco: semanal y los fines de semana y a lo largo de toda la vida.

D. 17. La intención de abandono del consumo del tabaco. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fu madores/as.

D. 1. La variable dependiente: La dicotomía fumadores/as y no fumadores/as.

La variable dependiente de todas las medidas realizadas en los centros expuestos anteriormente es la definida como la dicotomía entre fumadores y no fumadores. Con ello, puede contrastarse la visión, la opinión y la repercusión de distintos entornos en consumidores o en no consumidores de tabaco, y por tanto hallar una posible relación de los distintos ítems propuestos en cada una de las variables independientes estudiadas con el tabaquismo.

Dentro de los resultados analizados de los cuestionarios ESFA por los/as encuestados/as, se presenta a continuación la distribución entre fumadores y no fumadores según los datos obtenidos.

Tabla XV: La frecuencia y la prevalencia expresada en porcentajes, en la población total del ESFA-Madrid en la categoría dicotómica de la conducta de consumo del tabaco (fumadores/as y no fumadores/as).

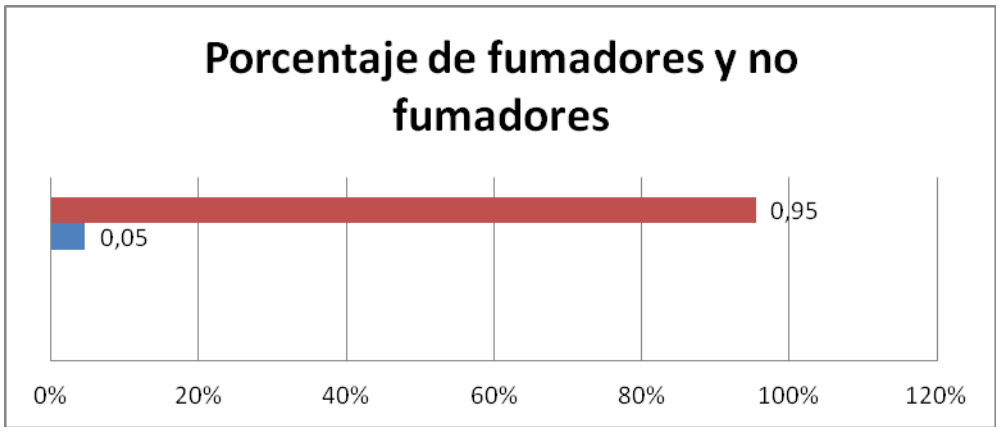
Categorías	Número	%
Fumadores	147	5%
No fumadores	3065	95%
TOTAL	3212	100%

El número total de casos válidos asciende a tres mil doscientos doce.

De los resultados analizados en la muestra de la Comunidad Autónoma de Madrid aparecen como no fumadores, esto es, que no han probado ningún cigarrillo ni siquiera una calada, un total de tres mil sesenta y cinco.

El número de fumadores, definido como aquellos que fuman con una frecuencia de al menos una vez por semana, asciende a un total de ciento cuarenta y siete.

La variable dependiente expresada en la dicotomía entre de fumadores/as y no fumadores/as.



Como puede visualizarse en la Figura precedente, el porcentaje aproximado de fumadores entre los/as encuestados/as es del porcentaje del 5%, mientras que el número de no fumadores asciende al porcentaje del 95%.

En torno a la variable dependiente, variable dicotómica, ya indicada exploraremos las relaciones con varias variables dependientes de las escalas medidas en el modelo ASE: la intención conductual, las actitudes y creencias, la influencia social y las expectativas de autoeficacia.

A continuación se expone la opinión reflejada en las respuestas de los/as encuestados/as acerca de las ventajas e inconvenientes de fumar.

D. 2. Las actitudes y las creencias sobre las ventajas de fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

Cada valor de la media expuesta en la Tabla D-I corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los/as encuestados/as, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

Así en cuanto al ítem de considerar la ayuda para calmar los nervios, la respuesta media de los/as fumadores/as es que el fumar ayuda un poco a calmar los nervios, y la de los/as no fumadores/as es que el fumar no ayuda a cambiar los nervios.

La opinión media de los/as fumadores/as acerca de si el tabaco ayuda a adelgazar se aproxima a que el consumo de tabaco sí ayuda un poco en este aspecto, mientras que los/as no fumadores/as opinan que el fumar no ayuda a adelgazar.

En cuanto a sentirse relajado, los/as fumadores/as opinan que fumar estresa un poco, y los/as no fumadores/as que ni relaja ni genera estrés.

En la ayuda a parecer seguro/a ante los/as compañeros/as, los/as fumadores/as piensan que el fumar no varía este aspecto y los/as no fumadores/as opinan lo mismo.

En cuanto a la ayuda en captar la atención de los/as amigos/as, la media de los/as fumadores/as opina que el fumar sí aporta más atención, mientras que los/as no fumadores/as opinan que el fumar no influye en ello.

Finalmente, en cuando a la ayuda a la pertenencia de un grupo, tanto fumadores/as como no fumadores/as tienen una opinión próxima a que el fumar no influye en este factor.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos.

Además en cuanto al grado de significación toma como algo relevante la ventaja de que el fumar ayuda a adelgazar, y de que ayuda a sentirse relajado. Y aporta un grado de significación aún mayor a la ayuda que aporta el fumar para pertenecer a un grupo.

Tabla D-I: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de actitudes y creencias sobre las ventajas de fumar.

Ventajas	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
Ayuda a calmar los nervios	Fumadores	147	1,17	1,08	127,029	0
	No fumadores	3065	0,28	0,7		
Ayuda a adelgazar	Fumadores	147	0,56	0,96	5,604	0,018
	No fumadores	3065	0,42	0,9		
Ayuda a sentirse relajado	Fumadores	147	-0,73	1,4	5,976	0,15
	No fumadores	3065	0,46	1,31		
Ayuda a parecer seguro ante los compañeros	Fumadores	147	-0,02	1,1	16,028	0
	No fumadores	3065	0,38	0,94		
Ayuda a captar la atención de los amigos	Fumadores	147	2,04	1,06	57,48	0
	No fumadores	3065	0,48	1,41		
Ayuda a pertenecer a un grupo	Fumadores	147	-0,22	1,13	3,556	0,59
	No fumadores	3065	0,13	1,44		

D. 3. Las actitudes y creencias sobre los inconvenientes de fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

En cuanto a los inconvenientes también cada valor de la media expuesta en la Tabla D-II, corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los encuestados, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

En la opinión acerca de si el consumo de tabaco es malo para la salud, los/as fumadores/as piensan que sí es malo y los/as no fumadores/as en un mayor grado piensan que es muy malo.

En cuanto a si les parece una estupidez por su parte, los/as fumadores/as opinan que posiblemente lo sea y los/as no fumadores/as en un mayor grado opinan que fumar probablemente sea una estupidez.

Acerca de si está mal, los/as fumadores/as piensan que posiblemente esté mal mientras que los/as no fumadores/as en un mayor grado opinan que es probablemente malo.

En cuanto a arrepentirse de haber empezado a fumar, los/as fumadores/as tienen una opinión media de que probablemente se arrepentirían, mientras que los/as no fumadores/as están seguros/as de que definitivamente se arrepentirían de iniciar el consumo de tabaco.

En la opinión acerca de si el tabaco tiene un mal sabor, los/as fumadores/as piensan que ni es bueno ni es malo, mientras que los/as no fumadores/as creen que posiblemente tenga un mal sabor.

Finalmente, en cuanto a la sociabilidad los/as fumadores/as opinan que el fumar no afecta a ese factor, y los/as no fumadores/as piensan que es el fumar es un poco insociable.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos.

El grado de significación es muy poco relevante en todos los inconvenientes, cabiendo en todo caso destacar en baja medida el que el fumar sea una estupidez por parte de quien consume tabaco.

Tabla D-II: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las actitudes y creencias sobre los inconvenientes de fumar.

Inconvenientes	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
Es malo para la salud	Fumadores	147	2,14	0.94	74,295	0
	No fumadores	3065	2,73	0,64		
Es una estupidez por mi parte	Fumadores	147	1,39	1,12	8,179	0,004
	No fumadores	3065	2,36	1,03		
Está mal	Fumadores	147	1,15	1,42	30,133	0
	No fumadores	3065	2,33	1,12		
Arrepentirse de haber empezado a fumar	Fumadores	147	2,12	1,1	22,223	0
	No fumadores	3065	2,58	0,94		
Tiene un sabor horrible	Fumadores	147	-0,4	1,44	30,183	0
	No fumadores	3065	1,08	1,52		
Es insociable	Fumadores	147	0,18	1,41	37,734	0
	No fumadores	3065	0,94	1,51		

D. 4. Las normas sociales, opinión percibida de las figuras relevantes del entorno. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

A continuación se presentan los datos con su respectivo análisis acerca de las opiniones percibidas por los/as adolescentes de las figuras relevantes del entorno en el que estos/as se mueven.

De nuevo cada valor de la media expuesta corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los/as encuestados/as, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

Según los resultados obtenidos con las distintas medidas acerca de la opinión de la mayoría de la gente de importancia, tanto los/as fumadores/as, como los/as no fumadores/as piensan que la opinión de éstos es que no deberían fumar.

En cuanto a la opinión percibida de la madre tanto los/as fumadores/as como los/as no fumadores/as, piensan que ésta opina que no deberían fumar. Y de la misma manera ocurre con la opinión percibida del padre.

En cuanto a la opinión percibida de los hermanos varones, los/as fumadores/as, la desconocen, mientras que los/as no fumadores/as, creen que es que quizás no deberían fumar.

La opinión de las hermanas es percibida tanto por fumadores como por no fumadores de manera que piensan que quizás no deberían fumar.

La opinión percibida de los/as amigos/as, es tanto para los fumadores como para los no fumadores de que quizás no deberían fumar.

Lo mismo que en el anterior ítem la opinión percibida de la gente del curso es de que quizás no deberían fumar tanto fumadores/as como no fumadores/as.

Finalmente, de nuevo tanto fumadores/as como no fumadores/as piensan lo mismo en cuanto a la opinión de los/as profesores/as que según consideran no deberían fumar.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos.

En cuanto al grado de significación de los resultados obtenidos, la mayoría son relevantes salvo en el caso de la opinión percibida de los profesores.

Tabla D-III: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales, opinión percibida de las figuras relevantes del entorno.

Opinión pecibidas de las figuras relevantes del entorno	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
de mucha gente que me importa	Fumadores	147	1,61	1,25	9,962	0,002
	No fumadores	3065	2,07	1,1		
de mi madre	Fumadores	147	2,01	1,09	0,75	0,387
	No fumadores	3065	2,27	0,91		
de mi padre	Fumadores	147	1,95	1,11	0,905	0,342
	No fumadores	3065	2,2	0,96		
de mi(s) hemano(s)	Fumadores	147	0,85	1,49	2,97	0,85
	No fumadores	3065	1,41	1,29		
de mi(s) hemana(s)	Fumadores	147	0,99	1,38	0,002	0,963
	No fumadores	3065	1,2	1,3		
de mis amigos	Fumadores	147	0,54	1,42	0.06	0,807
	No fumadores	3065	1,47	1,38		
de gente de mi curso	Fumadores	147	0,78	1,4	0,014	0,905
	No fumadores	3065	1,42	1,32		
de mis profesores	Fumadores	147	1,62	1,34	25,668	0
	No fumadores	3065	2,06	1,07		

D. 5. La conducta percibida de fumar en las figuras relevantes del entorno. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

En primero lugar, las madres de los/as fumadores/as según los valores medios también son fumadoras, mientras que las madres de los/as no fumadores/as encuestados no lo son.

En segundo, lugar tanto los padres de los/as fumadores/as encuestados como los padres de los no fumadores, fuman.

En tercer lugar, tanto los hermanos de los/as fumadores/as como los hermanos de lo/as no fumadores/as, no fuman.

En cuarto lugar, igual que en el caso anterior, tanto las hermanas de los fumadores como las hermanas de los no fumadores, no fuman.

Y por último, en el caso del mejor amigo de los/as fumadores/as, éste o ésta también fuman, mientras que en el caso del mejor amigo o amiga de los no fumadores/as, las respuestas obtenidas en el cuestionario se valoran como perdidas.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos pues se encuentra dentro de unos valores mínimos con respecto a cada ítem.

En el caso del grado de significación cabe destacar la conducta percibida de la madre, dado que corresponde que las madres de los/as adolescentes fumadores/as también fuman, y las madres de los/as no fumadores/as tampoco lo hacen.

Tabla D-IV: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la conducta percibida de fumar en las figuras relevantes del entorno.

Conducta observada de fumar en las figuras relevantes del entorno	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
de mi madre	Fumadores	147	-0,59	0,49	0,87	0,351
	No fumadores	3065	-0,43	0,49		
de mi padre	Fumadores	147	-0,7	0,46	587,924	0
	No fumadores	3065	-0,5	0,5		
de mi(s) hemano(s)	Fumadores	147	-0,29	0,46	76,732	0
	No fumadores	3065	-0,13	0,34		
de mi(s) hemana(s)	Fumadores	147	-0,29	-0,45	76,954	0
	No fumadores	3065	-0,13	-0,34		
de mi mejor amig@	Fumadores	147	-0,7	0,46	170,214	0
	No fumadores	3065	-8,97E-02	0,29		

D. 6. La percepción de la cantidad de personas del entorno que fuman. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

Se muestran ahora los datos obtenidos con su posterior análisis, en relación con la percepción de la cantidad de personas del entorno que fuman.

Cada valor de la media expuesta corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los/as encuestados/as, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

En primer lugar, los datos de la Tabla D-V, muestran que para los/as fumadores/as más de la mitad de las personas que conocen fuman, y para los/as no fumadores/as, el número se aproxima a menos de la mitad de las personas que conocen.

En segundo lugar la mitad de los/as amigos o amigas de los/as fumadores/as, también fumar, y casi ningún amigo o amiga de los/as no fumadores/as fuma.

En tercer lugar, en el caso de los/as fumadores/as menos de la mitad de las personas de su curso fuman en su opinión, y en el caso de la percepción de los/as no fumadores/as el número se reduce a casi ninguna persona.

Por último, en cuanto a la cantidad de los/as profesores/as que fuman, los/as fumadores/as perciben que menos de la mitad fuman, y los/as no fumadores/as perciben lo mismo en este caso.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos pues se encuentra dentro de unos valores mínimos con respecto a cada ítem.

Finalmente en cuanto al grado de significación cabe en gran medida destacar el hecho de que el número de personas que fuman que conocen los/as fumadores/as asciende a más de la mitad, y sin embargo ese número es para los/as no fumadores/as de menos de la mitad.

Tabla D-V: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la percepción de la cantidad de personas del entorno que fuman.

Percepción de la cantidad de personas del entorno que fuman	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
cantidad de las personas que conoces	Fumadores	147	-2,87	1,31	5,705	0,17
	No fumadores	3065	-1,43	1,32		
cantidad de tus amig@s que fuman	Fumadores	147	-2,32	1,58	170,748	0
	No fumadores	3065	-0,42	0,96		
cantidad de l@s de tu curso que fuman	Fumadores	147	-0,87	1,26	147,465	0
	No fumadores	3065	-0,26	0,7		
cantidad de tus profesores que fuman	Fumadores	147	-1,37	1,51	24,736	0
	No fumadores	3065	-0,9	1,26		

D. 7. La autoeficacia o capacidad de mantenerse como no fumador en situaciones que invitan a fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

A continuación pasa a analizarse la autoeficacia o la capacidad de mantenerse como no fumador/a en situaciones que te invitan a fumar.

De nuevo cada valor de la media expuesta corresponde a la opción respuesta media a la que han contestado los/as encuestados/as, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

En la situación en la que los/as fumadores/as están con otros/as que también fuman, de media éstos no saben cómo reaccionarían, mientras que los/as fumadores/as, no fumarían.

En el caso de que se esté con otros/as amigos o amigas que fuman, los/as fumadores/as no sabrían de nuevo qué capacidad tendrían o no de abstenerse de fumar, mientras que los/as fumadores/as se reiteran en que no fumarían.

Si se diera la situación en la que se ofrece un cigarrillo, los/as fumadores/as tampoco saben si tendrían o no la autoeficacia de abstenerse de aceptarlo y fumar, mientras que los/as no fumadores/as de nuevo no fumarían.

En el caso de que sea un amigo o amiga el que ofrece un cigarrillo, los/as fumadores/as contestan que quizás fumarían, mientras que los/as no fumadores/as se mantienen en su negativa a fumar.

Si los/as fumadores/as se sintiesen mal, la media indica que quizás no fumarían, y los/as no fumadores/as en un grado mayor al de los/as fumadores/as, no fumarían.

En el caso de sentirse hundido, los/as fumadores/as parecen seguros/as de una negativa a fumar clara, y los/as no fumadores/as, se mantienen de media en la negativa directa a fumar.

En la situación de notarse nervioso, los/as fumadores/as encuestados/as, no saben si fumarían o no, mientras que los/as no fumadores/as de nuevo afirman que no fumarían.

Si la situación se tratase de un momento en que se está preocupado, los/as fumadores/as, afirman que seguro que no fumarían, y en el caso de los/as no fumadores/as éstos tampoco lo harían.

Cuando los/as fumadores/as salen con los/as amigos/as, afirman de media que no saben si tendrían la capacidad de no fumar, mientras que los/as no fumadores/as afirman que sí tendrían la capacidad de mantenerse como no fumador/a.

En la situación de ver la televisión, los/as fumadores/as, piensan que quizás no fumarían, mientras que los/as no fumadores/as están seguros de que no fumarían.

En el caso del momento durante el cual se hacen los deberes tanto fumadores/as como no fumadores/as, no consumirían tabaco.

Finalmente, en el momento de volver a casa del Instituto o Colegio los/as fumadores/as admiten que quizás no fumarían, y los/as no fumadores/as mantendrían su absentismo de fumar.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos pues se encuentra dentro de unos valores mínimos con respecto a cada ítem.

Por último, ninguno de los datos expuestos en la tabla anterior es verdaderamente significativo.

Tabla D-VI: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la autoeficacia o capacidad de mantenerse como no fumador en situaciones que invitan a fumar.

Autoeficacia o capacidad de mantenerse como no fumador en situaciones que te invitan a fumar	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
cuando estas con otr@s que fuman	Fumadores	147	-0,41	1,82	80,137	0
	No fumadores	3065	2,18	1,19		
cuando estas con amig@s que fuman	Fumadores	147	-0,37	1,79	67,086	0
	No fumadores	3065	2,12	1,24		
cuando te ofrecen un cigarrillo	Fumadores	147	-0,32	1,77	85,118	0
	No fumadores	3065	2,22	1,15		
si tus amig@s te ofrecen un cigarrillo	Fumadores	147	-0,64	1,65	35,264	0
	No fumadores	3065	2,13	1,23		
cuando te sientes mal	Fumadores	147	1,36E-02	1,97	191,292	0
	No fumadores	3065	2,34	1,04		
cuando te sientes hundido	Fumadores	147	3,40E-02	2,02	192,55	0
	No fumadores	3065	2,26	1,09		
cuando te notas nervioso	Fumadores	147	0,14	12,02	220,738	0
	No fumadores	3065	2,33	1,07		
cuando estas preocupad@	Fumadores	147	2,72E-02	1,99	158,072	0
	No fumadores	3065	2,26	1,11		
cuando sales con amigos	Fumadores	147	0,22	1,81	87,545	0
	No fumadores	3065	-2,24	1,14		
cuando ves la television	Fumadores	147	1,2	1,68	238,206	0
	No fumadores	3065	2,46	0,9		
cuando haces los deberes	Fumadores	147	1,48	1,53	400,743	0
	No fumadores	3065	2,48	0,88		
al volver a casa de instituto o colegio	Fumadores	147	0,56	2,08	2,777	0
	No fumadores	3065	2,43	0,96		

D. 8. La presión percibida para fumar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

En cuanto a la presión que se percibe realizada por parte de la madre para fumar tanto en fumadores/as como en no fumadores/as, la media de las respuestas obtenidas es de que nunca se ha recibido esta presión.

En cuanto a la presión de la figura paterna para fumar en el caso de los/as fumadores/as, la media obtenida indica que pocas veces o nunca se ha recibido esta clase de presión, sin embargo en los no fumadores resulta una presión que no ocurre muy a menudo.

En el caso de la presión ejercida por los hermanos para fumar, los/as fumadores/as casi nunca han percibido ésta misma, sin embargo los/as no fumadores/as la perciben a menudo.

En cuanto a la presión realizada por las hermanas para fumar es percibida como nula en el caso de los/as fumadores/as, y se da a menudo en el caso de los/as no fumadores/as

En la percepción de la presión ejercida por los/as amigos/as para fumar en los/as fumadores/as, esta se da pocas veces, mientras que para los no fumadores es casi nula.

Tanto para fumadores/as como para no fumadores/as, la presión ejercida para fumar por la gente del curso es nula en ambos casos.

En el caso de los datos obtenidos acerca de la presión que los profesores ejercen sobre los encuestados en cuanto a fumar, los resultados obtenidos en la media contienen un error elevado debido a la variedad de respuestas dispares.

En cuanto a la publicidad, la presión que de esta se percibe, es tanto para fumadores/as como para no fumadores/as ejercida pocas veces.

En la situación de que se note que se ejerciera presión de otros/as para fumar, la presión media percibida para fumar tanto para los/as encuestado/as fumadores/as como para los/as no fumadores/as, no se da prácticamente nunca.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos, es prácticamente despreciable en todos los casos, pues se encuentra dentro de unos valores mínimos con respecto a cada ítem.

Cabe destacar el grado de significación de la publicidad en cuanto a la presión que ésta ejerce sobre los/as encuestados/as, tanto fumadores como no fumadores.

La siguiente tabla refleja la percepción de las personas que pueden ejercer presión para que fumes.

Cada valor de la media expuesta corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los encuestados, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

Tabla D-VII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la presión percibida para fumar.

Personas que percibes que ejercen presión para que fumes	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
otros	Fumadores	147	-0,48	0,85	8,695	0,003
	No fumadores	3065	-0,35	0,75		
mi madre	Fumadores	147	-0,13	0,59	31,317	0
	No fumadores	3065	-4,08E-02	0,34		
mi padre	Fumadores	147	-0,16	0,65	39,069	0
	No fumadores	3065	-5,06E-02	0,39		
mi(s) hemano(s)	Fumadores	147	-0,19	0,72	134,547	0
	No fumadores	3065	-3,10E-02	0,28		
mi(s) hemana(s)	Fumadores	147	0,17	0,59	130,735	0
	No fumadores	3065	3,03E-02	0,24		
mis amig@s	Fumadores	147	-0,73	1,06	130,313	0
	No fumadores	3065	-0,25	0,6		
gente de mi curso	Fumadores	147	-0,36	0,78	75,731	0
	No fumadores	3065	-0,15	0,48		
mis profesores/as	Fumadores	147	-8,84E-02	0,51	8,142	0
	No fumadores	3065	-4,44E-02	0,35		
la publicidad	Fumadores	147	-0,97	1,32	13,331	0,004
	No fumadores	3065	-0,6	1,09		

D. 9. La intención de fumar en el futuro. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

Con respecto a la intención propia de cada encuestado/a en relación con tener la intención de fumar en el futuro, los/as fumadores/as piensan en general que quizás sí continúen fumando, mientras que los no fumadores piensan que quizás no fumen.

En el caso de la intención del mejor amigo o amiga de los/as fumadores/as acerca de si piensan fumar en el futuro, éstos creen que su amigo o amiga quizás sí fume en el futuro, mientras que los/as no fumadores/as piensan que su amigo o amiga quizás no fume.

Por último en cuanto a la intención de fumar el próximo año, los fumadores piensan que quizás sí lo harán, y sin embargo los no fumadores piensan que probablemente no fumarán el próximo año.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos, pues se encuentra dentro de unos valores mínimos con respecto a cada ítem.

No obstante ninguno de los datos obtenidos tiene relevancia en cuanto al grado de significación.

Los valores designados para las siete alternativas de respuesta de estos tres ítems, oscilan desde -3 hasta 3 (seguro, probablemente, quizás, no lo sé, quizás no, probablemente no, seguro que no).

A continuación se presenta una tabla que muestra la intención de fumar en el futuro, de nuevo con respecto a la variable dependiente de fumadores y no fumadores.

Cada valor de la media expuesta corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los encuestados, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

Tabla D-VIII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la intención de fumar en el futuro.

Intención de fumar en el futuro	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
tú tienes intención de fumar en el futuro	Fumadores	147	-1,2	1,71	80,137	0
	No fumadores	3065	1,45	1,72		
tu mejor amigo tiene intención de fumar en el futuro	Fumadores	147	-1,03	1,7	67,086	0
	No fumadores	3065	0,62	1,7		
tú tienes intención de fumar el próximo año	Fumadores	147	-0,87	1,65	85,118	0
	No fumadores	3065	2,26	1,32		

D. 10. Las normas sociales percibidas en el entorno escolar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

Se tratan ahora las normas sociales percibidas de las figuras relevantes del entorno escolar por el alumnado. De nuevo se toman los distintos ítems pertenecientes a las escalas que miden las variables independientes a los que se les da respuesta bajo una misma variable dependiente, tratándose ésta de la dicotomía de fumadores y no fumadores.

Cada valor de la media expuesta corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los/as encuestados/as, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

Una de las normas sociales tomadas dentro del ámbito escolar es la prohibición o no del fumar en la biblioteca, siendo ésta percibida tanto por fumadores como por no fumadores como en una prácticamente total no permisividad.

En cuanto a si se puede fumar en la cafetería o en el comedor tanto fumadores como no fumadores coinciden en que sí se puede fumar en algunos.

En cuanto a la permisividad de fumar dentro de las instalaciones escolares los referidos a la entrada, los pasillos o las escaleras, tanto fumadores como no fumadores, coinciden en que sí es posible fumar en algunos.

Ocurre lo mismo que en el caso anterior en lo referido a la permisividad de fumar en el patio del colegio, donde tanto fumadores como fumadores coinciden en que esto sí puede hacerse en algunos.

En cuanto al posible consumo de tabaco en las clases, tanto fumadores/as como no fumadores/as afirman que sí es posible fumar en cualquier clase.

En el caso de la permisividad de fumar en los servicios o lavabos del colegio o instituto, tanto fumadores/as como no fumadores/as coinciden en que sí es posible en algunos.

Los/as fumadores/as por otro lado, afirman que pueden comprar tabaco en algunos colegios, mientras que los/as no fumadores/as en menor grado afirman que esto puede hacerse en algunos colegios.

Sin embargo cerca del colegio, fumadores/as y no fumadores/as coinciden en que no pueden comprar tabaco.

En cuanto a si el tema del tabaco se ha tratado en el colegio tanto fumadores/as como no fumadores/as afirman que al menos sí se ha hecho una o dos veces durante el pasado año.

Como puede visualizarse tanto fumadores/as como no fumadores/as coinciden casi de manera concreta y completa en lo referido a las respuestas al grado de cumplimiento de las diferentes normas sociales tomadas dentro del ámbito escolar, por lo que el grado de fiabilidad de los datos se incrementa.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos, pues se encuentra dentro de unos valores mínimos con respecto a cada ítem.

En cuanto al grado de significación todas las variables son significantes excepto la compra de tabaco en el colegio o cerca de él.

Tabla D-IX: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales percibidas en el entorno escolar.

Normas sociales percibidas de las figuras relevantes del entorno escolar	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
se puede fumar en la blibloteca	Fumadores	145	1,63	0,77	0,246	0,62
	No fumadores	3049	1,64	0,75		
se puede fumar en la cafeterÍa o en el comedor	Fumadores	146	1,11	0,9	2,936	0,087
	No fumadores	3020	0,94	0,87		
se puede fumar en el hall de entrada, pasillos o escaleras del instituto	Fumadores	145	1,42	0,86	2,668	0,102
	No fumadores	3030	1,35	0,89		
se puede fumar en el patio de tu colegio	Fumadores	145	1,06	0,93	0,015	0,901
	No fumadores	3026	0,9	0,92		
se puede fumar en las clases	Fumadores	147	1,88	0,93	1,431	0,232
	No fumadores	3045	1,9	0,92		
se puede fumar en los servicios o lavabos de tu instituto	Fumadores	146	1,26	0,97	0,245	0,621
	No fumadores	3038	1,28	0,96		
puedes comprar tabaco en tu colegio	Fumadores	143	1,54	0,85	14,446	0
	No fumadores	3025	1,4	0,91		
puedes comprar tabaco cerca de tu colegio	Fumadores	144	0,32	0,74	17,839	0
	No fumadores	3006	0,45	0,84		
el año pasado se trató en el colegio el tabaco	Fumadores	145	0,59	0,82	0,144	0,704
	No fumadores	3038	0,61	0,8		

D. 11. Las normas sociales percibidas en el entorno familiar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

En cuanto al poder fumar en casa si el o la encuestado/a lo desease, tanto fumadores/as como no fumadores/as coinciden en que sí podrían fumar si así lo quisiesen.

Ambos encuestados/as, fumadores/as y no fumadores/as, coinciden también en que si sus padres se enteraran de que fuman les pondrían un gran castigo.

De nuevo vuelven a coincidir acerca de la opinión de la percepción de sus padres, pues ambos piensan que si sus padres se enteraran de que sus hijos/as fuman se enfadarían mucho con ellos/as.

En cuenta a la promesa de algo por parte de los padres hacia los encuestados/as como recompensa por no haber empezado a fumar, tanto fumadores/as como no fumadores/as, afirman de media que sus padres no les han ofrecido un pequeño premio.

Relacionado con el entorno familiar se pregunta a los/as encuestados/as en el siguiente ítem si prefieren o no estar con personas que no fuman, es decir, si prefieren estar dentro de un entorno familiar de no fumadores/as. Es aquí donde las opiniones de fumadores/as y de no fumadores/as son dispares. La media de los/as fumadores/as no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, pero sin embargo la media de los/as no fumadores/as indica que está de acuerdo con que las personas de su entorno no fumen.

Finalmente, en cuanto a si se ha hablado o no en casa sobre el tabaco, tanto fumadores/as como no fumadores/as coinciden en que si se ha hablado de este tema en sus casas en cierta medida.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos, pues se encuentra dentro de unos valores mínimos con respecto a cada ítem.

Cabe destacar la significación del ítem que mide la preocupación por la posible reacción negativa, el enfado, si los padres se enterasen de que sus hijos fuman.

A continuación se expone una tabla que muestra los datos recogidos acerca de las normas sociales percibidas de las figuras relevantes del entorno familiar.

Se toman distintos ítems pertenecientes a variable independiente de la norma social percibida en el ámbito familiar, a los que se les da respuesta bajo una misma variable dependiente, tratándose ésta de la dicotomía de fumadores y no fumadores.

Cada valor de la media expuesta corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los encuestados, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

Tabla D-X: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las normas sociales percibidas en el entorno familiar.

Las normas sociales percibidas de las figuras relevantes del entorno familiar	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
puedes fumar en tu casa si tu quieres	Fumadores	146	0,65	0,48	62,063	0
	No fumadores	3006	0,82	0,38		
si mis padres se enteraran de que fumo me castigarían	Fumadores	147	1,82	1,38	3,114	0,078
	No fumadores	3065	1,8	1,4		
si mis padres se enteraran de que fumo se enfadarían conmigo	Fumadores	147	2,06	1,21	0,992	0,319
	No fumadores	3065	2,1	1,3		
te han prometido algo tus padres por no empezar a fumar	Fumadores	147	0,15	0,62	3,603	0,058
	No fumadores	3065	0,11	0,53		
prefiero estan con personas que no fuman	Fumadores	145	-0,1	1,64	15,716	0
	No fumadores	3038	1,77	1,6		
se habló en casa sobre el tabaco	Fumadores	144	1,38	1,34	2,1	0,147
	No fumadores	3019	1,39	1,4		

D. 12. Las conductas de riesgo social: consumo de otras sustancias y conductas antisociales. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

En cuanto al consumo de alcohol durante el fin de semana, éste es mayor en el caso de los/as fumadores/as que en el de los/as no fumadores/as. Así los fumadores pensando en el fin de semana (desde la tarde del viernes a la del domingo) bebieron de 3 a 5 vasos de bebida alcohólica, mientras que los no fumadores de media bebieron 1 o 2 vasos de este tipo de bebida de media.

El consumo de alcohol se reduce tanto en fumadores/as como en no fumadores/as cuando se les pregunta acerca de la frecuencia de éste durante los días de diario. Los/as no fumadores/as admiten que consumen 1 o 2 vasos de bebida alcohólica por término medio, durante los días de diario de la semana, y los/as no fumadores/as afirman que no consumen alcohol entre semana.

En cuanto a la frecuencia con la que se consume alcohol, ésta es mayor en los/as fumadores/as que en los/as no fumadores/es. Así los/as fumadores/as toman bebidas con alcohol menos de una vez al mes, mientras que los/as no fumadores/as tan solo lo han consumido alguna vez.

En el siguiente ítem se plantea la frecuencia con la cual los/as encuestados/as se juegan o apuestan con dinero. En este caso tanto fumadores/as como no fumadores/as coinciden en que nunca lo han hecho.

Continúa manteniéndose en niveles bajos y prácticamente nulos tanto en el caso de los/as fumadores/as como en el de los/as no fumadores/as, relativo a la frecuencia de consumo de marihuana o cannabis. Así los resultados en ambos casos muestran que nunca han consumido este tipo de droga.

En cuanto a la frecuencia con la que los encuestados, tanto fumadores como no fumadores, esnifan por la nariz sustancias para ‘’colocarse’’, el resultado que muestran los datos obtenidos, indica de nuevo que esta frecuencia es nula, es decir que nunca han consumido sustancias de esta manera.

De nuevo fumadores/as y no fumadores/as coinciden en cuanto a la frecuencia del consumo de heroína, anfetaminas, crack, cocaína o LSD. Siendo en ambos casos nula, pues nunca han probado este tipo de sustancias.

En lo que respecta a la frecuencia del consumo de pastillas o tranquilizantes, de nuevo tanto fumadores/as como no fumadores/as, coinciden en que nunca realizan este tipo de consumo.

Como en el caso anterior pero en lo referido a la frecuencia del consumo éxtasis, de nuevo una clara mayoría entre los/as fumadores/as y entre los/as no fumadores/as, afirma no haberlo consumido nunca.

En el caso de la frecuencia con la que los/as encuestados/as se pelean con otros/as, los resultados ahora sí son algo dispares. La media de los/as fumadores/as afirma haberse peleado con otros/as alguna vez, mientras que los/ no fumadores/as confirman no haberse peleado con otros/as nunca.

En cuanto a la frecuencia con la que fumadores/as y no fumadores/as destruyen cosas, en este caso, los fumadores niegan haber hecho esta actividad nunca, mientras que los no fumadores afirman que sí lo han hecho alguna vez.

Finalmente en cuanto a la pregunta de con qué frecuencia fumadores y no fumadores roban cosas, ambos reconocen haberlo hecho alguna vez.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos, pues se encuentra dentro de unos valores mínimos con respecto a cada ítem.

En cuanto a los valores de significación, según los datos obtenidos y expuestos en la tabla, no cabe destacar ninguno de los ítems.

En la página siguiente se presenta una tabla que recoge distintos ítems que abarcan el campo de otras drogas o actividades distintas del tabaco, y relaciona este nuevo ámbito, de nuevo, con la variable dependiente de la dicotomía entre fumadores y no fumadores. De tal manera que queda relacionado así el consumo o no de tabaco, con el de otras drogas y con otras conductas antisociales.

Cada valor de la media expuesta corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los encuestados, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

Tabla D-XI: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las conductas de riesgo social: consumo de otras sustancias y conductas antisociales.

Otras drogas	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
cuántos vasos de alcohol tomas en un fin de semana	Fumadores	130	1,02	1,64	181,969	0
	No fumadores	2803	.14	0,77		
cuántos vasos de alcoho tomas a la semana	Fumadores	92	0,71	1,71	166,335	0
	No fumadores	2944	8,27E-02	0,65		
con qué frecuencia tomas alcohol	Fumadores	139	2,41	1,63	695,454	0
	No fumadores	2944	3,78	0,6		
con qué frecuencia te juegas dinero	Fumadores	134	3,64	0,95	80,178	0
	No fumadores	2931	3,86	0,48		
con qué frecuencia tomas marihuana o cannabis	Fumadores	135	3,55	1,1	583,668	0
	No fumadores	2925	3,99	0,28		
cada cuánto tiempo esnifas	Fumadores	134	3,84	0,73	179,688	0
	No fumadores	2926	3,99	0,2		
con qué frecuencia consumes heroína, anfetaminas, crack, cocaína, o LSD	Fumadores	134	3,81	0,79	228,944	0
	No fumadores	2925	3,99	0,2		
con qué frecuencia tomas pastillas o tranquilizante	Fumadores	135	3,9	0,56	68,09	0
	No fumadores	2918	3,98	0,19		
con qué frecuencia tomas éxtasis	Fumadores	135	3,79	0,85	336,733	0
	No fumadores	2914	3,99	0,18		
con qué frecuencia te peleas con otros	Fumadores	135	3,12	1,15	41,646	0
	No fumadores	2923	3,6	0,7		
con qué frecuencia desturuyes cosas	Fumadores	135	3,44	1,03	104,68	0
	No fumadores	2925	3,81	0,56		
con qué frecuencia robas cosas	Fumadores	135	3,49	1,1	302.026	0
	No fumadores	2909	2,9	0,39		

D. 13. Las actividades de ocio y tiempo libre y lugares que se frecuentan fuera del ámbito escolar. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

En primer lugar, la frecuencia con la que los/as fumadores/as van al polideportivo, coincide con la de los/as no fumadores/as. Así en este caso ambos van al menos una vez al mes.

Con respecto a las salidas a la montaña, de nuevo tanto fumadores/as como no fumadores/as realizan este tipo de actividad con la misma frecuencia, al menos de una vez al mes.

Así mismo en lo que refiere a las actividades con el grupo juvenil del colegio, los/as fumadores/as afirman una frecuencia de realización de estas actividades al menos una vez al mes, mientras que los/as no fumadores/as admiten o realizarlas casi nunca.

En cuanto a las actividades con el grupo de jóvenes en la parroquia, tanto fumadores/as como no fumadores/as, afirman que casi nunca acuden a este tipo de actividades, volviendo a coincidir.

En lo que respecta a las actividades con otros grupos de jóvenes, ambos grupos de la dicotomía, fumadores/as y no fumadores/as, vuelven a coincidir en una misma frecuencia de al menos una vez al mes.

Es también la biblioteca, un lugar al cual tanto fumadores/as como no fumadores/as acuden con una misma frecuencia. Siendo esta frecuencia de al menos una vez al mes.

En lo que refiere al ir a jugar a salas de juegos de ordenador, los/as fumadores/as acuden a estas en una pequeña mayor medida que la de los/as no fumadores/as. Así los/as fumadores/as acuden a este tipo de salas al menos una vez al mes, mientras que los/as no fumadores/as casi nunca acuden a este tipo de salas.

La disparidad se hace más presente en cuanto al cada cuánto se frecuentan los bares o pubs. Así los/as fumadores/as los frecuentan más que los/as no fumadores/as. La frecuencia con la que los/as fumadores/as acuden a bares o pubs es de al menos una vez al mes, mientras que los/as no fumadores/as casi nunca acuden a este tipo de locales.

Al igual que en el caso anterior se da prácticamente en la misma medida la disparidad entre fumadores/as y no fumadores/as. Así en cuanto a la frecuencia con la que se acude a fiestas en casas, los/as fumadores/as acuden a este tipo de fiestas al menos una vez al mes, mientras que los/as no fumadores/as casi nunca van a este tipo de fiestas.

La frecuencia asciende cuando a los/as encuestados/as se les pregunta acerca de cada cuánto van a un restaurante o cafetería. Los/as fumadores/as frecuentan estos lugares en la misma medida que los/as no fumadores/as. Así ambos frecuentan los restaurantes o cafeterías al menos una vez al mes.

En cuanto a la frecuencia con la que los/as encuestados/as van al cine existe una mínima disparidad entre ambos componentes de la dicotomía. Así los/as fumadores/as acuden al cine al menos una vez al mes, mientras que los/as no fumadores/as reducen esta frecuencia a menos de una vez al mes.

En lo que refiere a la frecuencia con la que los/as encuestados/as acuden a la piscina, fumadores/as y no fumadores/as coinciden en este aspecto. Así ambos van a la piscina al menos una vez al mes.

Igual que en el caso anterior pero en lo referido a la frecuencia con la que los/as encuestados/as acuden a las tiendas o centro comercial con los amigos y/o amigas, tanto fumadores/as como no fumadores/as coinciden en que acuden a estos lugares al menos una vez al mes.

Finalmente, cabe destacar que el lugar donde todos/as los/as encuestados/as más acuden, tanto fumadores/as como no fumadores/as, aunque los/as fumadores/as en una pequeña mayor medida, es en la calle con los amigos y/o amigas. Así ambas categorías de la dicotomía frecuentan estas reuniones al menos una vez cada dos semanas, estando la media en el caso de los/as fumadores/as muy cercana a frecuentar este lugar una vez por semana o más.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos, pues se encuentra dentro de unos valores mínimos con respecto a cada ítem.

En cuanto a la significación, ésta nos muestra como los encuestados, ya sean fumadores o no fumadores, suelen frecuentan en la misma medida los mismos sitios. Cabiendo destacar la frecuencia con la que salen a la calle con los amigos y/o amigas, siendo este el lugar que más frecuentan fuera del ámbito escolar.

A continuación se muestra una tabla que recoge los datos acerca de aquellas actividades que se frecuentan fuera del ámbito escolar para fumadores/as y no fumadores/as. De nuevo esta nueva serie de ítems se analiza bajo una misma variable dependiente, la dicotomía en los/as encuestados/as de fumadores/as y no fumadores/as.

Cada valor de la media expuesta corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los encuestados, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

Tabla D-XII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de las actividades que se frecuentan fuera del ámbito escolar.

Actividades que se frecuentan fuera del ámbito escolar	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
Polideportivo	Fumadores	132	2,76	2,08	1,908	0,167
	No fumadores	2925	2,87	2		
Salidas a la montaña	Fumadores	129	1,16	1,42	2,928	0,087
	No fumadores	2908	1,18	1,28		
Grupo juvenil en el Instituto o Colegio	Fumadores	126	1,68	2,05	14,814	0
	No fumadores	2842	1,31	1,78		
Grupo de jóvenes en la parroquia	Fumadores	127	0,83	1,57	0,481	0,488
	No fumadores	2873	0,79	1,5		
Otros grupos de jóvenes	Fumadores	127	1,94	2,03	0,931	0,335
	No fumadores	2831	1,62	1,97		
Biblioteca	Fumadores	130	1,65	1,76	0,544	0,461
	No fumadores	2875	1,98	1,77		
Salas de juegos de ordenador	Fumadores	128	1,91	2,02	17,532	0
	No fumadores	2872	1,38	1,77		
Bares o pubs	Fumadores	130	1,92	2,07	122,147	0
	No fumadores	2859	0,66	1,34		
Fiestas en casas	Fumadores	128	1,51	1,66	44,162	0
	No fumadores	2874	0,95	1,23		
Discoteca	Fumadores	126	1,94	2,07	154,752	0
	No fumadores	2830	0,55	1,22		
Restaurantes o cafeterías	Fumadores	129	2,26	1,98	15,983	0
	No fumadores	2837	1,95	1,72		
Cine	Fumadores	129	2,74	1,68	6,622	0,01
	No fumadores	2867	2,44	1,48		
Piscina	Fumadores	125	2,79	1,94	1,123	0,289
	No fumadores	2831	2,64	1,87		
Tiendas o centro comercial con amig@s	Fumadores	123	3,19	1,85	1,451	0,229
	No fumadores	2813	2,57	1,8		
Estar en la calle con los amig@s	Fumadores	127	4,42	1,3	58,527	0
	No fumadores	2874	3,76	1,81		

D. 14. La edad de inicio en el consumo del tabaco. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

En cuanto a la edad con la que se prueba el tabaco la media de los/as fumadores/as reconoce haberlo probado con la edad de diez años, mientras que la media de los/as no fumadores/as afirma no haberlo probado nunca de media.

Y en lo que refiere a la edad de inicio del consumo de tabaco ya como fumador/a, los/as fumadores/as afirman haber empezado a fumar de media con 12 años.

Gracias a los datos que nos aporta esta tabla también podemos comprobar la fiabilidad de los mismos, puesto que en lo referido a la edad de inicio del consumo de tabaco como fumador/a, el resultado de la media de los/as no fumadores/as es de que nunca han empezado a fumar.

La desviación típica de los datos en esta tabla muestra que el error en la medida de los mismos es prácticamente despreciable en todos los casos, pues se encuentra dentro de unos valores mínimos con respecto a cada ítem.

En cuanto al grado de significación en ambos casos es nulo, por lo que las diferencias en estos ítems entre fumadores/as y no fumadores/as no son resaltables, ya que su resultado es obvio incluso, previo a la pregunta.

En la página siguiente se inserta una tabla que muestra los datos obtenidos en el estudio del inicio en el consumo de tabaco en los/as adolescentes encuestados/as.

Se toman distintos ítems o variables independientes a los que se les da respuesta bajo una misma variable dependiente, tratándose ésta de la dicotomía de fumadores/as y no fumadores/as.

Cada valor de la media expuesta corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los/as encuestados/as, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

Tabla D-XIII: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la edad de inicio en el consumo del tabaco.

Inicio del consumo del tabaco	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
Edad con la que se prueba el tabaco	Fumadores	146	3,41	1,53	62,041	0
	No fumadores	3047	7,49	2,57		
Edad de inicio del consumo de tabaco como fumador	Fumadores	145	1,01	1,98	50,523	0
	No fumadores	3037	6,01	1,41		

D. 15. La frecuencia del consumo del tabaco: semanal-diario. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as.

En la siguiente Tabla –XIV, se muestra el estudio en términos de porcentaje de la frecuencia de tipo semanal y de tipo diaria en cuanto al consumo de tabaco.

Así tan solo un 4,58% de los/as encuestados/as consume tabaco de manera semanal, y una amplia mayoría, el 95,42% restante no consume tabaco dentro de esta frecuencia.

Por otro lado, dentro del consumo de diario de tabaco, una ínfima parte de los/as encuestados/as, el 2,46% se declara fumador/a dentro de esta frecuencia. Así la amplia mayoría, el 97,54% no fuma dentro de estas condiciones.

A continuación se insertan los datos con los que se ha estudiado la frecuencia en el consumo del tabaco. De nuevo se toman distintos ítems o variables independientes a los que se les da respuesta bajo una misma variable dependiente, tratándose ésta de la dicotomía de fumadores y no fumadores.

En esta tabla D-XIV, que presentamos a continuación, cada valor de la media expuesta corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los encuestados, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

Tabla D-XIV: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la frecuencia del consumo del tabaco: semanal-diario.

Frecuencia del consumo de tabaco	Sí	% Sí	No	%No	TOTAL
Semanal	147	4,58	3065	95,42	3212
Diario	79	2,46	3133	97,54	3212

Tabla D-XV: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la frecuencia del consumo del tabaco: semanal-los fines de semana-a lo largo de toda la vida.

Frecuencia de consumo del tabaco	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Siginificación
Consumición semanal	Fumadores	146	6,47	4,8	1834,899	0
	No fumadores	1049	0,16	1,09		
Consumición durante el fin de semana	Fumadores	147	4,81	4,19	1451,251	0
	No fumadores	3041	0,14	0,97		
Consumición a lo largo de toda la vida	Fumadores	145	4,09	2,1	525,803	0
	No fumadores	3044	0,35	0,35		

D. 16. La frecuencia del consumo del tabaco: semanal y los fines de semana y a lo largo de toda la vida.

En la página precedente se ha expuesto la anterior tabla D-XV, en la que se analiza en el primer ítem a fondo la consumición semanal. Tal y como resulta de manera lógica, los/as no fumadores/as tienen una consumición nula dentro de esta frecuencia. Mientras que los/as fumadores/as afirman fumar de media a lo largo de la semana, contando también el fin de semana una media de 5 cigarrillos.

En cuanto a la frecuencia de consumo de tabaco durante el fin de semana (entre el viernes a las 6 de la tarde y el domingo hasta la media noche), los/as no fumadores/as tienen un consumo nulo durante esta frecuencia. Y los/as fumadores/as reconocen fumar una media de 4 cigarrillos. De tal manera que puede observarse que el consumo de tabaco de los/as fumadores/as se concentra principalmente en el fin de semana.

Finalmente, en cuanto a la estimación del número de cigarrillos consumidos durante toda la vida de los/as encuestados/as, la media de los/as no fumadores/as es de ninguno. Mientras que en el caso de los/as fumadores/as el número de cigarrillos que han fumado durante toda su vida asciende a valores comprendidos entre los 100 y 149 cigarrillos.

D. 17. <u>La intención de abandono del consumo del tabaco. Las diferencias entre los/as fumadores/as y los/as no fumadores/as</u>.

A continuación se inserta una tabla que recoge los datos del estudio acerca de la intención del abandono del consumo de tabaco.

De nuevo se toman distintos ítems o variables independientes a los que se les da respuesta bajo una misma variable dependiente, tratándose ésta de la dicotomía de fumadores/as y no fumadores/as.

Cada valor de la media expuesta corresponde a la opción-respuesta media a la que han contestado los encuestados, teniendo asignado un número cada posible respuesta.

En cuanto a tener la intención de abandonar el consumo de tabaco en el futuro, los/as fumadores/as contestan que no lo saben, mientras que los/as no fumadores/as afirman estar seguros/as de que no se ven como fumadores/as en un futuro.

Y finalmente, en cuanto al haberse pensado el abandonar el consumo de tabaco de nuevo los/as fumadores/as opinan que no lo saben, y de nuevo los/as no fumadores/as vuelven a reafirmarse en estar seguros/as de no verse como fumadores/as en el futuro.

Tabla D-XVI: Diferencias entre fumadores/as y no fumadores/as en la variable de la intención de abandono del consumo del tabaco.

Intención de abandono del consumo de tabaco	Dicotomía	N	Media	Desviación típica	F	Significación
Intención	Fumadores	143	2,55	1,6	34,083	0
	No fumadores	3043	5,47	1,37		
Pensamiento	Fumadores	142	2,24	2,02	584,515	0
	No fumadores	3047	5,84	0,81		

4. DESARROLLO DEL PROGRAMA de intervención.

o.

4.DESARROLLO DEL PROGRAMA de intervención.

ESFA EN MADRID.

4. DESARROLLO DEL PROGRAMA **ESFA-MADRID.**

4.1. Proceso de Consenso para la implementación y el desarrollo del Programa ESFA.

Las Jornadas y Encuentros convocadas para los Directores de proyecto nacional y el Equipo Coordinador de Maastricht, dieron como resultado la preparación de las planificaciones que se discutieron durante las reuniones anuales de consenso. Estas planificaciones constituyen el marco de las metas y de los objetivos de la intervención y de los métodos teóricos para ser utilizados para la consecución de las metas y de los objetivos (De Vries et al., 2003).

Se utilizó una versión adaptada de la matriz de la comunicación de la persuasión de Mc Guire (Mc Guire, 1985) (De Vries y Kok, 1986; De Vries, 1998). La matriz del programa distingue varias cadenas de eventos en el proceso de cambio del comportamiento, el inicio aumentando la atención y la comprensión, el cambio de actitudes, las percepciones de las influencias sociales, las creencias de auto-eficacia y el refuerzo de los comportamientos saludables (De Vries et al., 2003).

En consecuencia, los objetivos fueron desarrollados para cada cadena y estos objetivos generales se operativizaron en objetivos más específicos. Como se puede observar en el apartado 4.2., muchos objetivos fueron identificados, pero no todos pudieron ser seleccionados como objetivos centrales debido a las diferencias en relación con el enfoque y las prioridades entre los diferentes países participantes. El consenso se derivó a los objetivos básicos que se abordarían en todos los países (escrito en **negrita** en el apartado 4.2.). Varios países sintieron la necesidad de incluir más objetivos. Por lo tanto, cada país tuvimos la libertad para añadir objetivos adicionales de la muestra de objetivos totales identificados (el tipo estándar en el apartado 4.2.).

Las diferencias culturales y las diferencias en la disponibilidad de métodos en cada país participante dieron lugar a la adopción de diferentes métodos para alcanzar los objetivos. Como resultado, cada país tiene sus propios métodos específicos, con en objetivos centrales comunes, y las diferencias se encuentran en relación con los objetivos adicionales específicos del país y la mayoría de los métodos utilizados (De Vries et al., 2003).

El apartado 4.3., muestra cómo la traducción de los objetivos dio como resultado diferentes métodos en cada país. Cada país llevamos a cabo un análisis del punto de acceso con el fin de identificar dónde los adolescentes podrían ser localizados para las actividades futuras a desarrollar en el ámbito comunitario, actividades a implementar fuera de la escuela. Los directores de programa nacional proporcionamos retroalimentación al gerente europeo de métodos ESFA sobre como los objetivos centrales se materializaron en nuestros programas de intervención.

Las reuniones con los contratistas y los Directores de Proyecto Nacional revelaron que los objetivos del proyecto eran muy ambiciosos para un/a solo/a NPM (National Project Manager) que tuvo que cumplir con los roles de director del programa, desarrollador de programas e investigador simultáneamente (De Vries et al., 2003).

Las capacidades nacionales para el desarrollo de programas de capacitación fueron más limitadas de lo previsto, lo que dio como resultado que se requirió más tiempo para desarrollar este elemento (De Vries et al., 2003).

Si bien el desarrollo de un manual de política de la escuela libre de humo de tabaco no dio lugar a problemas, su implementación real se logró sólo parcialmente y fue diferente para cada país. La medición de cambios en la política escolar libre de humo del tabaco no fue factible. El desarrollo del programa de intervención del ámbito comunitario para las actividades a realizar fuera de la escuela, llevaron mucho más tiempo de lo que estaba previsto (De Vries et al., 2003).

En resumen, los Directores de Proyecto Nacional se enfrentaron con muchas exigencias con respecto al desarrollo del programa, que también tuvieron que ser combinadas con las demandas de la coordinación del equipo de investigación de la universidad de Maastricht (De Vries et al., 2003).

Por último, el retraso en la recepción de los fondos europeos dieron lugar a una grave amenaza para la continuidad del proyecto, como consecuencia se redujo temporalmente la motivación entre los/as contratistas y los/as administradores/as de proyectos para llevar a cabo el programa, y como resultado aconteció el aplazamiento temporal de la colaboración de un socio. (European Smoking prevention Framework Appoach ESFA o Enfoque del Marco europeo para la Prevención del Tabaquismo, 2002).

4.2. Proceso de elaboración de las metas (objetivos generales) y los objetivos específicos en el desarrollo del Programa ESFA.

Un ejemplo de la visión de conjunto de las metas y los objetivos en el segundo año de intervención para el nivel individual (fuente: European Smoking prevention Framework Appoach ESFA o Enfoque del Marco europeo para la Prevención del Tabaquismo, 2002).

1. Aumentar el nivel de conocimiento sobre las consecuencias de fumar:

- en la salud individual
- en apariencia individual

1.1. Conocer el aumento del riesgo de los efectos a corto plazo del consumo de tabaco en el cuerpo / la salud (por ejemplo, la condición física, la tos, el mal aliento, las arrugas, el acné).

1.2. Saber que hay formas alternativas y más saludables para manejar el estrés o el peso (en lugar de usar el tabaco).

1.3. Ser capaz de nombrar alternativas al consumo del tabaco positivas y saludables.

1.4. Ser capaz de nombrar y describir al menos tres sustancias que se encuentran en el tabaco.

1.5. Conocer los efectos a largo plazo del consumo de tabaco en el cuerpo / salud (cáncer, enfermedades cardiovasculares, etc.)

1.6. Conocer los efectos personales a corto plazo y a largo plazo de los fumadores y no fumadores.

1.7. Darse cuenta de que no fumar es la única manera de escapar de los riesgos de fumar.

2. Aumentar el nivel de conocimiento sobre el tabaquismo pasivo:

- las consecuencias para la salud
- el derecho de los no fumadores

2.1. Darse cuenta de que hay maneras de cortésmente decirle a la gente que prefiere que no fumen cerca de usted.

2.2. Conocer y ser capaz de explicar el término tabaquismo pasivo.

2.3. Conocer y ser capaz de explicar la relación entre el tabaquismo pasivo y las consecuencias para la salud a largo y a corto plazo.

2.4. Ser capaz de reconocer situaciones en las que se produce el tabaquismo pasivo.

3. Aumentar el nivel de conocimiento acerca de fumar como una adicción.

3.1. Conocer qué es la adicción al tabaco y lo que es un hábito.

3.2. Darse cuenta de que la mayoría de los fumadores no fuman porque quieren, sino porque no pueden dejar de fumar nunca más.

3.3. Reconocemos que es difícil dejar de fumar.

4. Incrementar el nivel de conocimiento sobre las consecuencias sociales de la conducta de fumar:

- Influencia de los compañeros
- influencia la industria del tabaco y los anuncios en la publicidad.

4.1. Conocer el mecanismo general de la presión social (y normas)

4.2. Ser capaz de explicar los efectos sociales (a corto plazo) de ser fumadores y de ser no fumadores.

4.3. Ser capaz de exponer una serie de razones por las que algunos jóvenes comenzarán fumar mientras que otros no.

4.4. Conocer los temas comunes que la publicidad utiliza para presionar a los estudiantes para que se conviertan en fumadores (aventura, pasar un buen rato, hacer amigos, en buen estado, etc.)

4.5. Saber que la publicidad del tabaco se utiliza para influir a los más jóvenes.

4.6. Conocer el poder de la industria del tabaco (por ejemplo, el poder para presionar en las decisiones gubernamentales, consecuencias económicas)

5. Aumentar el nivel de conocimiento sobre las consecuencias económicas del consumo de tabaco.

5.1. Ser consciente de la cantidad de dinero que un fumador promedio gasta en tabaco cada año.

5.2. Darse cuenta de qué otras cosas podrían comprar por la cantidad de dinero que gastan en fumar (alternativas).

6. Aumentar el nivel de conocimiento sobre las consecuencias de fumar para el medio ambiente.

6.1. Conocer los efectos del tabaco en el medio ambiente.

7. Crear / reforzar una actitud positiva de no fumadores.

7.1. Darse cuenta de que no fumar es el comportamiento de la mayoría.

7.2. Conocer las ventajas de no fumar.

8. Comprender las normas sociales con respecto a la conducta de fumar.

8.1. Identificar las presiones directas e indirectas para fumar.

8.2. Reconocer la influencia de la publicidad del tabaco.

8.3. Distinguir entre la presión ligera y la presión fuerte para fumar.

8.4. Conocer las razones comunes por las que los estudiantes empiecen a fumar cuando están con sus compañeros (pertenencia al grupo, etc.)

8.5. Conocer las actitudes y el comportamiento de otras personas importantes (los padres / familias / profesores / personal de la escuela / servicios de salud escolar / trabajadores juveniles/ clubes deportivos / grupos juveniles, etc.) con respecto a la conducta de fumar.

9. Aumentar la auto-eficacia con respecto a la conducta de no fumar.

9.1. Sentir confianza en sí mismos con respecto a mantenerse como no fumadores.

9.2. Ser capaz de hacer frente a la influencia del consumo de tabaco por los padres y a la presión de grupo para consumir tabaco.

10. Crear competencias asertivas de no fumadores con respecto a:

- el no fumar por sí mismos
- el tabaquismo pasivo

10.1. Ser capaz de resistir la presión de fumar por ser capaz de decir 'no'

10.2. Ser capaz de motivar su decisión con argumentos claros.

10.3. Ser capaz de solicitar un ambiente libre de humo con argumentos eficaces.

10.4. Ser capaz de iniciar la acción para apoyar un ambiente libre de humo.

10.5. Ser capaz de formular su propia opinión sobre el tabaquismo.

10.6. Ser capaz de comunicar los conocimientos y las actitudes personales sobre el consumo de tabaco.

11. Crear la intención de mantenerse como no fumador o convertirse en un no fumador.

11.1. Comprometerse públicamente a seguir siendo un/a no fumador/a (voluntario).

12. Cambiar la conducta de fumar (experimental /ocasional o de vez en cuando) a el comportamiento de no fumadores.

12.1. Conocer las posibilidades de cesación para dejar de fumar (voluntaria).

12.2. Saber que los programas de cesación de fumar pueden tener éxito.

12.3. Dejar de fumar.

12.4. Ser capaz de hacer frente a situaciones en las que es difícil no fumar.

12.5. Ser capaz de apoyar a otros que están tratando de dejar de fumar.

4.3. Desarrollo de la metodología para la implementación de la intervención del Programa ESFA en los cuatro niveles.

Elaboración de las metas en los métodos de la intervención del primer año en relación a los cuatro niveles de intervención en cada país.

1. Intervención en el nivel individual.
2. Intervención en el nivel escolar.
3. Intervención en el nivel parental / familiar.
4. Intervención en el nivel fuera de la escuela.

1 DINAMARCA.

1.1. Intervención en el nivel individual.

- ✓ Seis lecciones.
- ✓ Manual del profesor.
- ✓ Folleto sobre las consecuencias del consumo de tabaco.

1.2. Intervención en el nivel escolar.

- ✓ Difusión de la revista ESFA.
- ✓ Carta de Información para los docentes sobre el Proyecto ESFA.
- ✓ Nombramiento de uno o dos alumnos de contacto por clase.
- ✓ Difusión del manual de la escuela libre de humo.
- ✓ Difusión de los dos carteles y dos tarjetas.

1.3. Intervención en el nivel parental / familiar.

- ✓ Carta sobre hablando tabaco y dónde ir a solicitar ayuda para dejar de fumar.
- ✓ Folleto con información acerca del proyecto ESFA.

1.4. Intervención en el nivel fuera de la escuela.

- ✓ Difusión de los dos carteles y dos postales en lugares públicos.
- ✓ La formación de comités locales para las actividades libres de humo (por ejemplo, discoteca) con representantes de clubes juveniles.

1. FINLANDIA.

2.1. Intervención en el nivel individual.

- ✓ Cinco lecciones.
- ✓ Manual y formación del profesorado.
- ✓ Reuniones evaluativas con los profesores después de las clases.
- ✓ Cuatro lecciones extras en otras asignaturas (por ejemplo, matemáticas, geografía), integrando contenidos de no se permite fumar.

2.2. Intervención en el nivel escolar.

- ✓ Difusión de la revista ESFA.
- ✓ Difusión de la lista de verificación para evaluar la política actual del tabaco.
- ✓ Nombramiento de SCP (School Contac Person) o la Persona de Contacto de la Escuela y el/la alumn@ de asesoramiento en cada escuela.
- ✓ Difusión del manual de la escuela libre de humo.
- ✓ Difusión de tarjetas postales de invitación para la competición libre de humo (versión individual).
- ✓ La participación de médico escolar en el comité de la escuela en ambientes libres de humo.

2.3. Intervención en el nivel parental / familiar.

- ✓ Carta del médico de la escuela acerca de Proyecto ESFA.
- ✓ Presentación de la guía de las directrices de clase en la reunión de padres.

2.4. Nivel fuera de la escuela.

- ✓ Análisis de puntos de acceso de los alumnos.
- ✓ Difusión de los tres carteles.

3 LOS PAÍSES BAJOS.

3.1. Intervención en el nivel individual.

- ✓ Cinco lecciones (tres existentes + dos nuevas desarrolladas)
- ✓ Dos manuales correspondientes al profesor

3.2. Intervención en el nivel escolar.

- ✓ Nombramiento de SCP (School Contac Person) o la Persona de Contacto de la Escuela.
- ✓ Difusión de la newsletter en el boletín holandés ESFA.
- ✓ Constitución los comités de la escuela libre de humo.
- ✓ Difusión manual de la escuela libre de humo y del manual para las SCP(School Contac Person) o la Persona de Contacto de la Escuela.
- ✓ Difusión del robot de fumar para el análisis de humo.
- ✓ Difusión de carteles, tarjetas postales y pegatinas.

3.3. Intervención en el nivel parental / familiar.

- ✓ Posibilidad de pedir materiales de ayuda para dejar de fumar.
- ✓ Carta a los padres acerca de Proyecto ESFA, política de la escuela y dejar de fumar

3.4. Intervención en el nivel fuera de la escuela.

- ✓ Análisis de puntos de acceso a los alumnos
- ✓ La difusión de carteles y folletos.
- ✓ Capacitación para los coordinadores de los servicios de salud de la región

4. BARCELONA (ESPAÑA).

4.1. Intervención en el nivel individual.

- ✓ Seis lecciones.
- ✓ La formación del profesorado y manual (formación incluida en el sistema de créditos para los profesores)..

4.2. Intervención en el nivel escolar.

- ✓ Nombramiento de SCP (School Contac Person) o la Persona de Contacto de la Escuela.
- ✓ Entrevistas de evaluación y asesoramiento sobre la política de no fumar en la actualidad.
- ✓ Cuestionario SCP(School Contac Person) o la Persona de Contacto de la Escuela.
- ✓ Difusión de un cartel.
- ✓ Contacto con interesados (por ejemplo, los maestros de otras asignaturas relacionadas con la salud)

4.3. Intervención en el nivel parental / familiar.

- ✓ Carta para informar acerca del Proyecto ESFA.

4.4. Intervención en el nivel fuera de la escuela.

- ✓ Análisis de puntos de acceso de los alumnos.

4 LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (ESPAÑA)

5.1. Intervención en el nivel individual.

- ✓ Cinco lecciones
- ✓ La formación del profesorado y manual (formación incluida en el sistema de créditos para los profesores).
- ✓ La competición o concurso con lema de cartel/poster.

5.2. Intervención en el nivel escolar.

- ✓ Nombramiento SCP (School Contac Person) o la Persona de Contacto de la Escuela.

5.3. Intervención en el nivel parental / familiar.

- ✓ Carta informativa sobre el proyecto ESFA.
- ✓ Carta de solicitud de autorización para la aplicación del cuestionario ESFA.

5.4. Intervención en el nivel fuera de la escuela.

- ✓ Construcción de red regional ESFA (grupos de interesados se identificaron y recibieron la visita del personal de Maastricht).
- ✓ Difusión de carteles/posters del concurso/competición.
- ✓ Visita del autobús de promoción de la salud a los centros juveniles el treinta y uno de mayo, día internacional sin tabaco (obras de teatro, juegos y dinámicas de grupos con difusión comunitaria de materiales).

5 PORTUGAL.

6.1. Intervención en el nivel individual.

- ✓ Seis lecciones
- ✓ La formación del profesorado y manual (formación incluida en el sistema de créditos para los profesores).
- ✓ Trabajo para casa "Yo no quiero fumar" para ser llevado a cabo con los padres con ordenador como recompensa la revista o boletín ESFA para los/as alumnos/as y los padres y las madres es enviada por correo a su hogares.

6.2. Intervención en el nivel escolar.

- ✓ Nombramiento de SCP (School Contac Person) o la Persona de Contacto de la Escuela.
- ✓ Formación SCP (School Contac Person) o la Persona de Contacto de la Escuela y manual
- ✓ Difusión de carteles, pegatinas y camisetas
- ✓ Difusión de la lista de verificación para evaluar la política actual de tabaco.
- ✓ Carta sobre el proyecto ESFA a cada maestro en día nacional sin tabaco.
- ✓ Actividades en día sin tabaco.

6.3. Intervención en el nivel parental / familiar.

- ✓ Carta sobre el proyecto ESFA.
- ✓ Trabajo para casa "Yo no quiero fumar" para ser llevado a cabo con los padres con ordenador como recompensa la revista o boletín ESFA para los/as alumnos/as y los padres y las madres es enviada por correo a su hogares.

6.4. Intervención en el nivel fuera de la escuela.

- ✓ Análisis de puntos de acceso a los/as alumnos/as.
- ✓ Introducción del seminario de para las comunidades locales en el día sin tabaco, con la visita del ministro y mayor atención de los medios de comunicación social.
- ✓ Difusión de cartel/ poster.

6 EL REINO UNIDO.

7.1. Nivel individual

- ✓ Cinco lecciones
- ✓ La formación del profesorado y manual
- ✓ Obra de teatro sobre las consecuencias del consumo de tabaco y habilidades sociales

7.2. Nivel escolar

- ✓ Nombramiento de SCP (School Contac Person) o la Persona de Contacto de la Escuela.
- ✓ La difusión de un manual libre de humo.
- ✓ Difusión de folletos sobre cesación para dejar de fumar a través de SCP (School Contac Person) o la Persona de Contacto de la Escuela.

4.4. Los objetivos generales y los objetivos específicos en el desarrollo del Programa ESFA-Madrid.

4.4.1. Los objetivos para el nivel individual.

4.4.2. Los objetivos para el nivel escolar.

4.4.3. Los objetivos para el nivel familiar.

4.4.4. Los objetivos para el nivel comunitario.

4.4.1. Los objetivos para el nivel individual.

BORRADOR DE LA PROPUESTA DE TRABAJO PARA EL CURSO 99/00.

MENÚ ESFA para el segundo año de intervención: NIVEL INDIVIDUAL

OBJETIVO GENERAL 1

Incrementar el nivel de conocimiento sobre las consecuencias del consumo del tabaco:
- sobre la salud individual
- sobre el aspecto individual

Objetivos específicos:

El alumnado de 2º de la E.S.O. debería ser capaz de:

- Conocer el aumento del riesgo de los efectos a corto plazo de fumar en el organismo/salud (Ej. Condición física, tos, mal aliento, arrugas, acné).
- Conocer la existencia de formas alternativas y más saludables para manejar el estrés o controlar el peso (en lugar de usar el tabaco).
- Nombrar alternativas positivas y saludables a fumar.

OBJETIVO GENERAL 2

Incrementar el nivel de conocimiento sobre los fumadores pasivos:
- consecuencias sobre la salud
- los derechos de los no- fumadores.

Objetivos específicos:

El alumnado de 2º de la E.S.O. debería ser capaz de:

- Darse cuenta de que hay formas de decir a la gente educadamente que preferirías que no fumaran a tu alrededor.

OBJETIVO GENERAL 3

Incrementar el conocimiento sobre el consumo del tabaco como adicción.

Objetivos específicos:

El alumnado de 2º de la E.S.O. debería ser capaz de:

- Conocer que es la adicción al tabaco y que es un hábito.

OBJETIVO GENERAL 4

Incrementar el nivel de conocimiento sobre las consecuencias sociales del consumo del tabaco:
- influencia de los compañeros
- influencia de la publicidad y de las industrias del tabaco.

Objetivos específicos:

El alumnado de 2º de la E.S.O. debería ser capaz de:

- Conocer los mecanismos generales de presión social (y normas).

4.4.2. Los objetivos para el nivel escolar.

MENÚ ESFA para el segundo año de intervención: NIVEL ESCOLAR.

OBJETIVO GENERAL 1
Establecer una política escolar libre de humos para crear una escuela y un ambiente escolar libre de humos.
Objetivos específicos:
1.1 Un miembro del personal del centro es nombrado como responsable para coordinar la política sin tabaco dentro de la escuela.
1.2 Se estimula a la escuela para recoger (o reforzar) información sobre el alcance del problema entre el alumnado y el personal del centro:
- número de fumadores por grado
- numero de fumadores entre el personal
- nivel de humo ambiental de tabaco(HAT) en el centro.
1.3 Se estimula la búsqueda de información sobre las necesidades y deseos de toda la comunidad educativa sobre la política de no fumar en la escuela.
1.4. Se estimula a la escuela a plasmar por escrito una política libre de humos incluyendo los siguientes elementos:
- Prohibiciones del consumo del tabaco en los recintos.
- La necesidad de disponer de intervenciones preventivas del consumo del tabaco.
- Procedimientos para difundir la política a los miembros de la comunidad educativa y a nivel comunitario.
- Prohibición de la venta de tabaco en la escuela.
- Prohibición de la publicidad del tabaco en la escuela, sus alrededores y en las publicaciones escolares.
- Disposiciones para reforzar la política (sanciones/procedimientos para formular quejas, control).
1.5. Se desarrolla un plan de acción escrito año por año que incluye las actividades planificadas para toda la comunidad educativa.
a) Desarrollo de reglamento sobre el tabaco o revisión de la normativa existente.
b) Organización de varias actividades libre de humo.
c) Educación para la prevención del consumo del tabaco (preferentemente) incorporada en el currículo(especificar el número de lecciones por curso).

OBJETIVO GENERAL 2
Establecer el no consumo del tabaco como norma percibida por toda la comunidad educativa.
Objetivos específicos:
Toda la comunidad educativa:
2.1 Darse cuenta de la importancia de una escuela libre de humos (medio ambiente) para reducir el inicio en el consumo del tabaco.
2.2 Ser consciente de la nueva política del tabaco y los planes de acción en la escuela.

OBJETIVO GENERAL 3
Mantenimiento de la normativa de ni consumo del tabaco.
Objetivos específicos:
3.1 El contenido de la política es controlado, evaluado y si es necesario revisado cada año.

OBJETIVO GENERAL 4
Se ofrece apoyo para dejar de fumar al personal de la escuela.
Objetivos específicos:
4.1 Se estimula al personal de la escuela que fuma a participar en algún tipo de programa de cesación tabáquica.

4.4.3. Los objetivos para el nivel familiar.

MENÚ ESFA para el segundo año de intervención: NIVEL FAMILIAR.

OBJETIVO GENERAL 1
Aumentar la concienciación sobre los temas del tabaco entre los padres.
Objetivos específicos:
1.1 Exponerse a 4 actividades/mensajes diferentes sobre el no consumo del tabaco a lo largo de 3 años.

OBJETIVO GENERAL 2
Incrementar el conocimiento de los padres sobre los problemas relacionados con el tabaco, las actitudes y las creencias anti-tabaco.
Objetivos específicos:
2.1 Conocer las consecuencias de fumar.
2.2 Conocer las consecuencias de fumar pasivamente.
2.3 Tomar conciencia de la influencia directa e indirecta de su opinión percibida sobre el consumo del tabaco y de su propio comportamiento de fumar sobre la conducta de fumar de sus hijos.

OBJETIVO GENERAL 3
Estimular a los padres para que ayuden a crear un ambiente social no permisivo para los adolescentes.
Objetivos específicos:
3.1 Saber que un ambiente libre de tabaco es beneficioso para la salud.

OBJETIVO GENERAL 4
Incrementar la participación de los padres en las actividades de prevención del consumo del tabaco.
Objetivos específicos:
4.1 Recibir información sobre el progreso del proyecto al menos una vez al año.

OBJETIVO GENERAL 5
Fomentar que los padres dialoguen en casa sobre los temas relativos al tabaco.
Objetivos específicos:
5.1 Dialogar con sus hijos sobre:
- Formular una opinion en general.
- Razones por las que la gente empieza a fumar.
- Consecuencias de fumar y de fumar pasivamente.
- Influencia de los compañeros en la conducta de fumar.
- Actitud personal sobre fumar/no fumar.

OBJETIVO GENERAL 6
Ayudar a los padres para saber reforzar las capacidades de sus hijos para rechazar el tabaco.
Objetivos específicos:
6.1 Poder dar apoyo adecuado a sus hijos para que no fumen.

OBJETIVO GENERAL 7
Ayudar a los padres fumadores a dejar de fumar.
Objetivos específicos:
7.1 Se estimula la participación en algún tipo de programa de cesación tabáquica.

4.4.4. Los objetivos para el nivel comunitario.

MENÚ ESFA para el segundo año de intervención: NIVEL FUERA DE LA ESCUELA

OBJETIVO GENERAL 1

Aumentar el conocimiento sobre los temas del tabaco entre los adolescentes y otras personas relevantes de la comunidad (trabajadores juveniles, líderes deportivos, etc.)

Objetivos específicos:

Para otros adolescentes importantes de la comunidad:

1.1 Tomar concienciación de la influencia de su propio comportamiento de no-sí fumar sobre los adolescentes de la comunidad.

1.2 Saber que no fumar debería ser la norma.

1.3 Conocer las consecuencias de fumar y las consecuencias de fumar pasivamente.

1.4 Conocer los determinantes importantes de fumar entre los adolescentes.

OBJETIVO GENERAL 2

Crear un ambiente social no fumador para los adolescentes.

Objetivos específicos:

2.1 Tener una política de no fumar en los lugares externos a la escuela donde los adolescentes pasan el tiempo.

2.2 Tener una normativa de no fumar en estos lugares.

2.3 Contar con los adolescentes para su participación en (la organización de) actividades libres de humo.

"ÁREAS SIN TABACO, ESPACIOS SALUDABLES"

Información general y documentación: Servicio de Educación Sanitaria

C/ O'Donnell, 52, 2ª planta. Tfno:91 586 72 40 - 28009 - MADRID

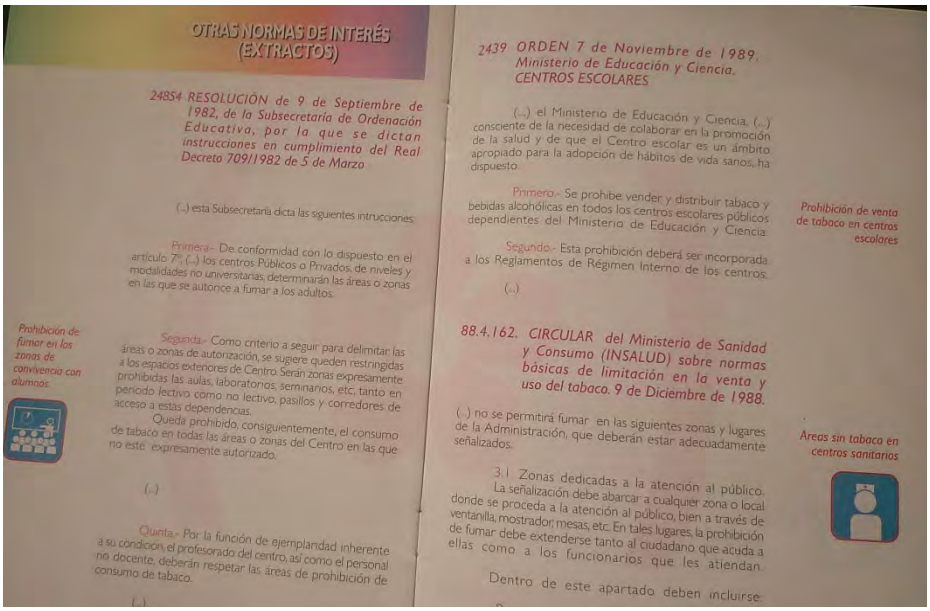
Inspección, control y reclamaciones: Servicio de Prevención y Protección de la Salud

C/ O'Donnell, 52, 2ª planta. Tfno: 91 586 70 97 - 28009 - MADRID

Comunidad de Madrid

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

LEGISLACIÓN SOBRE LIMITACIONES EN LA VENTA Y USO DEL TABACO



OTRAS NORMAS DE INTERÉS (EXTRACTOS)

2485.4 RESOLUCIÓN de 9 de Septiembre de 1982, de la Subsecretaría de Ordenación Educativa, por la que se dictan instrucciones en cumplimiento del Real Decreto 709/1982 de 5 de Marzo

(...) esta Subsecretaría dicta las siguientes intrucciones:

Primera.- De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º, (...) los centros Públicos o Privados, de niveles y modalidades no universitarias, determinarán las áreas o zonas en las que se autorice a fumar a los adultos.

Prohibición de fumar en los zonas de convivencia con alumnos.

Segunda.- Como criterio a seguir para delimitar las áreas o zonas de autorización, se sugiere queden restringidas a los espacios exteriores de Centro. Serán zonas expresamente prohibidas las aulas, laboratorios, seminarios, etc. tanto en periodo lectivo como no lectivo, pasillos y corredores de acceso a estas dependencias.

Queda prohibido, consiguientemente, el consumo de tabaco en todas las áreas o zonas del Centro en las que no este expresamente autorizado.

(...)

Quinta.- Por la función de ejemplaridad inherente a su condición, el profesorado del centro, así como el personal no docente, deberán respetar las áreas de prohibición de consumo de tabaco.

(...)

2439 ORDEN 7 de Noviembre de 1989, Ministerio de Educación y Ciencia. CENTROS ESCOLARES

(...) el Ministerio de Educación y Ciencia, (...) consciente de la necesidad de colaborar en la promoción de la salud y de que el Centro escolar es un ámbito apropiado para la adopción de hábitos de vida sanos, ha dispuesto:

Prohibición de venta de tabaco en centros escolares

Primero.- Se prohibe vender y distribuir tabaco y bebidas alcohólicas en todos los centros escolares públicos dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia.

Segundo.- Esta prohibición deberá ser incorporada a los Reglamentos de Régimen Interno de los centros.

(...)

88.4.162. CIRCULAR del Ministerio de Sanidad y Consumo (INSALUD) sobre normas básicas de limitación en la venta y uso del tabaco. 9 de Diciembre de 1988.

(...) no se permitirá fumar en las siguientes zonas y lugares de la Administración, que deberán estar adecuadamente señalizados.

Áreas sin tabaco en centros sanitarios

3.1 Zonas dedicadas a la atención al público. La señalización debe abarcar a cualquier zona o local donde se proceda a la atención al público, bien a través de ventanilla, mostrador, mesas, etc. En tales lugares, la prohibición de fumar debe extenderse tanto al ciudadano que acuda a ellas como a los funcionarios que les atiendan.

Dentro de este apartado deben incluirse:

4.5. Proceso de Concreción para la implementación y el desarrollo del Programa ESFA en La Comunidad Autónoma de Madrid (España).

En este apartado de exponen varios ejemplos de la concreción en la fase de desarrollo e implementación del Programa ESFA-Madrid.

En primer lugar se presentan varios ejemplos de la intervención en el ámbito individual, pertenecientes al segundo año de implementación

En segundo lugar se muestra la intervención en el ámbito familiar consensuada en las jornadas de encuentro para e consenso de todas las zonas europeas participantes.

4.5.1. Programa ESFA-Madrid. Ejemplo de la intervención individual en el ámbito escolar.

Financed with the assistance

of the Euporean Community

(regulation (EC) No 2427/93)

SESIÓN 1

ACTIVIDAD: VIDEO FORUM

LA PRESIÓN DE GRUPO Y LA TOMA DE DECISIONES

Objetivos:

1. Conocer los procesos de presión que se manifiestan en los fenómenos grupales y destacar la importancia de la respuesta individual.
2. Favorecer una toma de decisiones saludable ante la presión de grupo que favorece el consumo del tabaco.

Desarrollo:

VÍDEO: Presentación del vídeo "Presión de grupo" de Grup Igia de dibujos animados (12 minutos de duración).

En el vídeo, a través de cuatro personajes, Tito, Sergio, Edu y Nina, pertenecientes a un grupo musical, se describen cuatro personalidades que toman decisiones sobre el consumo del tabaco, en situaciones de distinto tipo de presión grupal.

Se sugiere al alumnado que tome notas mientras ve el vídeo, ya que pueden ser interesantes para el forum posterior.

FORUM: Realización de un análisis posterior de los contenidos presentados en el vídeo sobre la presión de grupo y la toma de decisiones a través de las técnicas de dinámica de grupo que se adecuen mejor a la realidad grupal de cada aula.

Dependiendo de las características del grupo-clase se opta por una de estas dos técnicas u otra que se considere necesaria u oportuna.

TÉCNICAS	CÓMO SE HACE	PARA QUÉ SIRVE
PHILLIPS 66	El gran grupo se divide en subgrupos de 6 personas. Dialogan durante 6 minutos. El tamaño de los subgrupos puede variar. Tantos minutos como personas.	Favorece el conocimiento, la comunicación y la colaboración. Adecuado para informar antes de decidir, para recoger opiniones
DIÁLOGOS SIMULTÁNEOS	El grupo se divide en subgrupos de 2 personas. El tiempo es variable.	Favorece la comunicación y el encuentro. Dinamiza el grupo.

Agrupada la clase en subgrupos se les invita a comentar libremente el contenido del vídeo y se pide que intenten relacionar las conclusiones que hayan obtenido del vídeo con su realidad personal, a través de describir sus reacciones ante situaciones en las que hayan percibido la presión de grupo para ellos/as o para otros/as miembros del grupo.

Trabajo de grupo.

Comentad anécdotas, situaciones, conductas, frases del entorno más cercano a vuestro grupo, tanto dentro como fuera del aula, en el que se produzca la presión de grupo, especialmente las que inciden en el tema del consumo del tabaco.
Finalizado el trabajo en pequeños grupos, se realiza una puesta en común a través de una Discusión Dirigida.

Ideas para el FORUM.

1. ¿Qué ideas consideras que se trasmiten en el vídeo?
2. ¿Cómo se relacionan estas ideas con el consumo del tabaco?
3. ¿Qué ideas añadirías a las ya expuestas?
4. ¿Cómo relacionas las ideas del vídeo con tus ideas?
5. ¿Qué importancia tiene para ti el grupo de clase y en el que pasas tu tiempo libre?
6. ¿Cómo se puede contrarrestar la presión de grupo que obliga a hacer cosas que no deseamos?
7. ¿Serías capaz de tomar tus propias decisiones aunque implique a veces ir en contra de lo que opine el grupo?

Para concluir la sesión se pide que redacten brevemente algunas ***ideas propias para llevarse en la mochila***, relativas a mantenerse como no fumador/a o a no volver a consumir tabaco en el caso de los que se han iniciado en el consumo.

Financed with the assistance

of the Euporean Community

(regulation (EC) No 2427/93)

ESFA. Intervención individual segundo año.

SESIÓN 2

ACTIVIDAD: ASERTIVIDAD.

Objetivos:

1. Reconocer que las personas no fumadoras tienen unos derechos que se deben respetar.
2. Practicar comportamientos asertivos en distintas situaciones relacionadas con el consumo del tabaco.

Desarrollo:

1º Se describen y comentan la clasificación de las distintas formas de reaccionar ante situaciones en las que los propios derechos se ven amenazados:

Conductas pasivas: aceptar algo sin objeciones ni resistencia o hacerle frente de una forma indirecta y poco clara.

Conductas agresivas: reacciones hostiles hacia otras personas y donde la ofensa de los propios derechos se hace a costa de los derechos de los demás.

Conductas asertivas: respuestas con las que se defienden los propios derechos de una forma directa, honesta y apropiada, sin violar los derechos de los demás.

2º Se describe esta clasificación con la ayuda de un ejemplo.

Ejemplo: Estás esperando en una cola a que te toque tu turno, eres el último y llega alguien muy decidido que se salta los derechos de los demás e intenta colarse, silbando tranquilamente.

La respuesta pasiva: Te quedas alucinado del morro que le echa, piensas que no es justo que haya personas que le echen tanta cara y sin embargo no haces ni dices nada y te aguantas tu rabia.

La respuesta agresiva: Inicias un auténtico combate, tus palabras parecen balas de cañón: “¡A la cola!, Yo voy primero” Dices esto porque te sientes superior, estás por encima, y

además eres muy recto para cumplir y hacer cumplir las normas. “Es un indeseable, se merece dos puñetazos”. Con estas palabras humilla y expresa su cólera.
La respuesta asertiva: Das tu opinión con educación. “Por favor, guarda la cola y espera tu turno que es lo que estamos haciendo el resto”.
3º Después de poner el ejemplo anterior se define la asertividad y se explica para que sirve.
LA ASERTIVIDAD ES LA CAPACIDAD PARA EXPRESAR DE FORMA ADECUADA Y DIRECTA, NUESTRAS OPINIONES Y SENTIMIENTOS CUANDO NOS RELACIONAMOS CON LOS DEMÁS.
¿Para qué nos sirve la asertividad?

1. Para relacionarnos mejor con los demás.
2. Para que las relaciones con los demás sean más cómodas y relajadas.
3. Para saber relacionarnos de forma más agradable y saludable con los demás.
4. Para adaptarnos a cualquier situación social que surja.
5. Se evitan conflictos.
6. Defendemos nuestros derechos.
7. Satisfacción personal.
8. Incremento de la autoestima.
9. Reconocimiento de los demás.

4º Se presenta el cuadro con las características del estilo de respuesta pasiva, asertiva y agresiva.

	PASIVA	ASERTIVA	AGRESIVA
Qué se dice	Frases genéricas. No se dice nada o se utilizan expresiones indirectas. “Quizás…” “No tiene importancia pero…”	Frases en primera persona. Expresión de preferencias y ruegos. “Pienso”, “Siento”, “Me gustaría”	Frases en segunda persona. Acusaciones, críticas y exigencias. “Deja de…”, “harías mejor en…”, “Ten cuidado”
Cómo se dice	Tono de voz bajo. Discurso dubitativo y vacilante.	Tono de voz firme y audible. Discurso calmado.	Tono de voz elevado. Discurso rápido y atropellado.
Conducta no verbal	Contacto visual mínimo. Postura corporal hundida.	Contacto visual. Postura corporal firme pero relajada.	Mirada fija y agresiva. Postura tensa.

5º Se realiza un roleplaying con la siguiente situación y se pide al resto de la clase que

1. clasifiquen e identifiquen los tres modelos presentados en pasivo, asertivo y agresivo
2. analicen la eficacia de cada uno de los tres modelos presentados
3. imaginen la respuesta que obtendrían cada uno de los personajes

SITUACIÓN: Un grupo de amigos están en un burger tomando un bocadillo. Uno de ellos está en la misma mesa y empieza a fumar. Estas son las tres respuestas que dan los otros que les molesta muchísimo que se fume a su lado.

CARLOS: Perdona que…,siento pedirte que si no te importaría echar el humo solo un poquito para el otro lado, si eso no es mucho pedirte.

MARTA: ¡Eh! ¡Tú! Apaga ese cigarrillo ahora mismo o te vas a enterar de quien soy yo. ¡Imbécil!

IRENE: El humo del tabaco me molesta un montón mientras estoy comiendo. Por favor retíralo a otra parte.

Para finalizar se puede realizar un debate sobre el ofrecimiento del tabaco y las formas asertivas de rechazarlo. Para ello se pueden plantear cualquier tipo de situaciones cercanas a la realidad del alumnado o que ellos mismos las propongan. Un ejemplo puede ser: Algunos de tus amigos están en el cuarto de baño y uno saca un paquete de cigarrillos y te ofrece tabaco, pero tú no quieres.

4.5.2. Programa ESFA-Madrid. Ejemplo de la intervención con las familias.

LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS.

Transcurrido el primer año con intervención individual, en el ámbito escolar y en el comunitario, se incorporó la intervención en el ámbito familiar.

A continuación se presenta la guía para las familias consensuada en el programa de intervención.

Financed with the assistance of the Euporean Community (regulation (EC) No 2427/93)

"HABLAR DEL TABACO" "HABLANDO DE FUMAR"

Una guía para madres y padres para tratar el tema de fumar con los adolescentes.

¿Cómo puedo hablar con ella?

¿De qué manera trato el tema?

¿Por qué empiezan?

Pero si fumo yo…

¿Él me va a escuchar?

Contenidos

1. Introducción.
2. ¿Por qué empiezan a fumar los adolescentes?
3. ¿Cómo empezar a tratar el tema?
4. Pero yo fumo…Entonces, ¿qué puedo hacer?
5. Ya hemos hablado del tema, ¿y ahora qué?
6. Pasos para ayudarte a dejar de fumar.

1. Introducción.

Probablemente, usted es consciente de que fumar cigarrillos es un asunto de salud fundamental para los adolescentes. Sin embargo, más que hablar de números y datos estadísticos, la información de este folleto va enfocada a temas prácticos sobre ***cómo hablar con tu hijo/a adolescente para ayudarles a prevenir que empiecen a fumar, o a intentar y ayudarles a que dejen de fumar.***

La mayoría de los adolescentes empiezan a probar a fumar, pero que prueben el tabaco no supone que todos continúen más allá de esa fase de experimentación con el tabaco. Aquellos que empiezan a probarlo corren un riesgo serio de convertirse en adictos. El resultado depende de lo que se haga en la etapa que va desde los 11 a los 15 años.

Como madres y padres ustedes pueden influir en que sus hijos fumen o no por su propia determinación de no fumar, por los mensajes que dan a sus hijos y por la forma de darles orientaciones. Los adolescentes realmente NECESITAN sus consejos, aunque pudieran dar la impresión de que no. Pero, ¡así de dura es la adolescencia para ustedes!

Por tanto podrían preguntarse a ustedes mismos: "¿Cómo puedo influir en mis hijos adolescentes para que no fumen o incluso para que dejen de fumar?".

Como madres y padres podemos orientar a nuestros propios hijos al:

a) Comprender por qué empiezan a fumar

b) Y al tratar con ellos/as el tema de fumar

Estos temas se discutirán en este folleto.

2. Así que, ¿Por qué los/as adolescentes empiezan a fumar?

Si creen que su hijo/a adolescente podría estar fumando o pensando en empezar, necesitan saber porque, para conocer desde que punto de vista abordar el problema. Algunas de las razones por las que los/as adolescentes fuman se explican abajo.

Iniciación en el consumo del tabaco

Factores Psicológicos. Influencia de los amigos/as.

Personalidad. Influencias del Hogar y la Familia.

Influencia de los/as amigos/as: A los adolescentes les gusta formar parte de un grupo para sentir que encajan. Si sus amigos/as fuman, podrían empezar a fumar para caerles bien.

Factores Psicológicos: Algunos/as adolescentes utilizan el tabaco como una estrategia para calmarse cuando se ponen nerviosos. Algunas películas antiguas dan la impresión

Personalidad: Los factores psicológicos y de la personalidad están estrechamente asociados. Muchos adolescentes se sienten vulnerables y tienen una necesidad de probar su valor a sí mismos continuamente. La baja autoestima y la falta de confianza o seguridad en sí mismos podría hacerles más susceptibles para empezar a fumar. Por eso, los cigarrillos se usan por los adolescentes para crear y dar una imagen que les gustaría tener, es decir, parecer mayor, fabuloso, tranquilo, fuerte, machote. También, algunos/as jóvenes ***no tienen la seguridad para decir "no"*** cuando les ofrecen un cigarrillo.

El hogar y la familia: Los/as chicos/as sufren un riesgo mayor de convertirse en fumadores/as si sus padres o hermanos/as fuman. No es *porque* los padres fumen, se da por razones como la más temprana accesibilidad a los cigarrillos y el ***mensaje inconsciente de que se puede fumar, si no pasa nada.*** Como dice el refrán: ***"la curiosidad mata al gato".***

3. ¿Cómo puedo empezar a tratar el tema?

a) Tratar algunos temas con los/as adolescentes es difícil y el tabaco no es una excepción. Es más fácil tratar los problemas lo más pronto posible, cuanto antes mejor. Los adolescentes deben darse cuenta ***fumar es un hábito malo y la mayoría no fuma.***

Puede ser difícil para una madre o padre fumador/a no sentirse como un/a hipócrita y por eso sentirse débil. Una cosa importante de recordar es que los adolescentes esperan de sus padres orientación y comprensión. Los adolescentes ni siquiera se imaginan tratar un tema que dure más de cinco minutos, así que la primera vez que se saca el tema puede ser solo para:

Sacar el tema.

Expresar tus inquietudes.

Puede ayudar decir que solo se va a hablar 5 minutos. Una vez dado el paso inicial, las siguientes discusiones podrían ser más fáciles.

Abajo aparecen unos cuantos consejos e ideas para afrontar esta situación.

b) Empezar la discusión: transmíteles que eres sincero y gánate su confianza.

El tiempo adecuado: una buena idea puede ser aplicar la conversación a situaciones reales. Trate historias familiares o haga preguntas directas en tono no amenazante, “fuman los chicos en el colegio?”. Las situaciones reales pueden crear sentimientos reales.

c) Algunos puntos que favorecen un diálogo abierto.

- Descubrir si su hijo/a adolescente piensa fumar o si ya fuma y porque empezó. Esto le ayudará a centrar el diálogo en un área específica, por ejemplo, si su hijo/a está pensando en fumar porque un amigo del colegio fuma y siente que no hay nada perjudicial en ello. Pregunte a su hijo/a adolescente que piense ***porque*** fuma su amigo/a.

- Explique en pocas palabras los daños causados por el tabaco por ej. mal aliento, dientes manchados, aparición más rápida de las arrugas, etc.

- Dialogue sobre la adicción. A muchos/as fumadores/as les cuesta muchísimo dejarlo.

- Trate sobre las formas de rechazar un cigarrillo encarando la situación.

- Explique a su hijo/a adolescente que ellos/as actúan como mayores al tomar su ***propia*** decisión de no fumar y ¡no se comportan como ovejas!

d) Advertencias

- Si cree que su hijo/a adolescente está fumando, es muy importante dejar claro que no es que ellos/as te disgusten, pero sí que fumen.

- Su principal preocupación como madres y padres es la salud y el bienestar de sus hijos/as.

- Sin embargo, las consecuencias médicas de fumar no disuaden a los/a adolescentes de fumar porque la mayoría cree que la enfermedad solo afecta a las personas “mayores” y que ellos/as pueden dejar de fumar cuando quieran. No ven el fumar como una adicción y por eso, ¡piensan que no son adictos!

- No se ponga en plan controlador. Esto es un diálogo entre dos. Su hijo/a hablará con usted si le hace sentir que sus opiniones son importantes, que puede confiar en usted y que no le recriminará.

- Igual que para usted, puede ser muy difícil al principio para un adolescente tratar el tema abiertamente. Escuche con atención sus puntos de vista.

- Continúe la conversación. Si al principio no funciona, ¡inténtelo de nuevo!

e) Preguntas difíciles

- Quizá se encuentre con algunas preguntas que son difíciles de contestar, aquí tiene unas pocas sugerencias:

- "Tú fumas, así que ¿por qué no puedo yo?"

- Usted podría explicar que cuando usted empezó a fumar no había información de los riesgos asociados al consumo de cigarrillos, y si usted pudiera dejarlo lo haría, (quizá usted podría intentar dejarlo ahora).

- "La Sra. Elena empezó a fumar hace años y ¡tiene 70!

- Explique que la Sra. Elena padece de tabaquismo. Tiene mal aliento, caries en la dentadura, y realmente mucho alquitrán en sus pulmones que no podemos ver, etc. Fumar le está afectando y por desgracia ella ha padecido de muchas enfermedades en las que fumar cigarrillos fue la principal causa.

- "Quiero disfrutar a tope ahora, que pasa si me atropella un autobús mañana"

- Hay muchos beneficios inmediatos cuando la gente deja de fumar tales como un aumento del sentido del gusto y del olfato, el pelo, la piel y el aliento no uelen más a humo del tabaco y se deja de toser con esa tos de fumador/a, etc.

4 Pero yo fumo…Entonces, ¿Qué puedo hacer?

a) Si usted es fumador/a, puede sentirse culpable por fumar. Quizá piense que no puede afectar al comportamiento de su hijo/a adolescente, **¡pero si PUEDE!**

Dialogue sobre como empezó y porqué (sin excusar su comportamiento) y explique porque no querría que su hijo/a adolescente empezara a fumar. Explique que el tabaco crea adicción y lo difícil que es dejarlo. **Al dejar de fumar usted mismo** es un modelo del ejemplo a seguir. Sin embargo esto es más fácil decirlo que hacerlo. Por eso el paso siguiente es no dar publicidad al fumar cigarrillos. Abajo hay unos cuantos consejos.

- **Intente no fumar delante de sus hijos/as adolescentes.**

- **No promueva el fumar como un buen hábito.**

- **Intente convertir su casa en un área libre de humos.**

5. Final del diálogo ¿y ahora qué?

a) Si tu hijo/a adolescente no intenta fumar

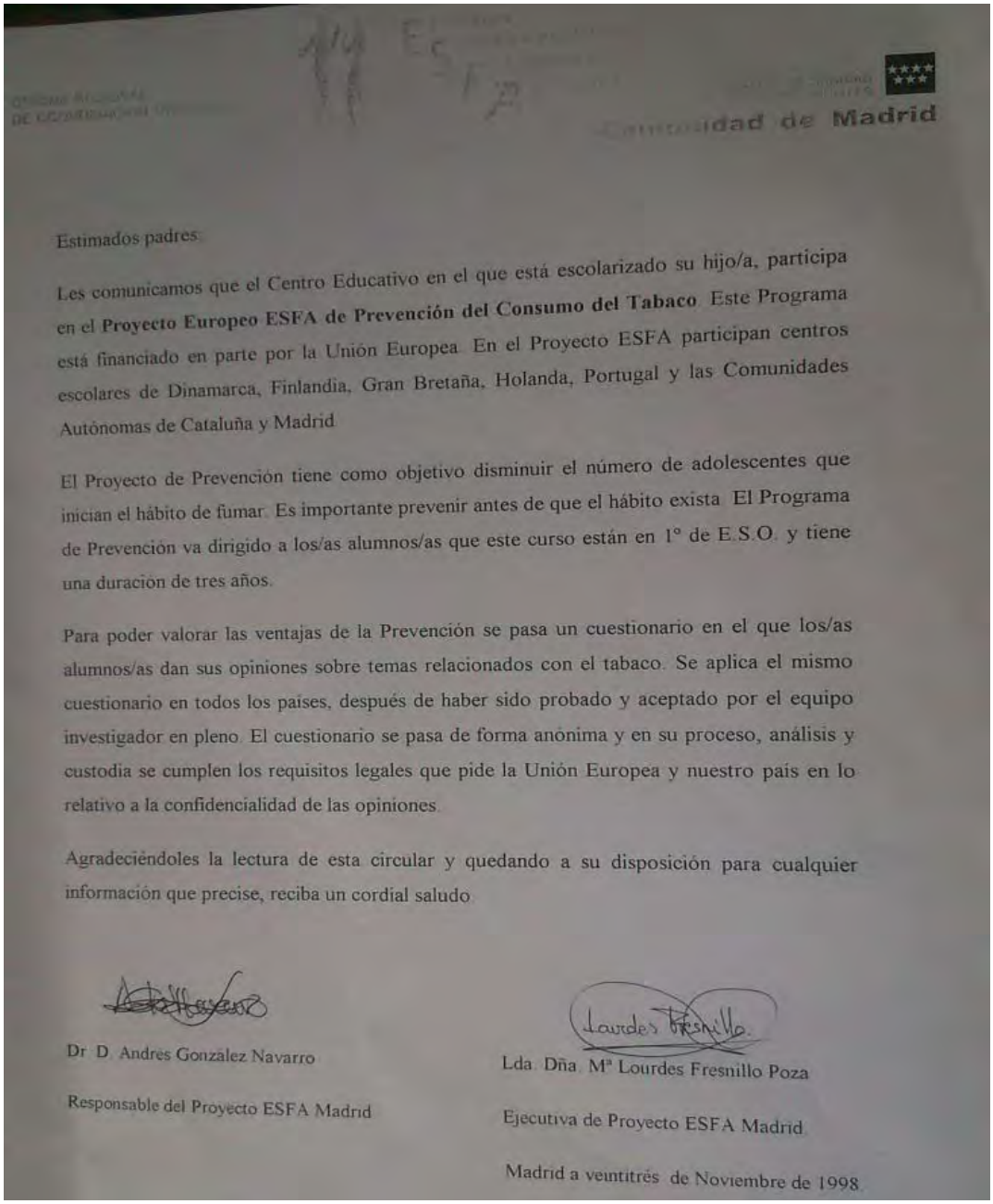
- Continúe mostrando un interés por su estilo de vida saludable.
- Ahora que usted ha mostrado comprensión y confianza, será más fácil para su hijo/a acercarse a usted cuando necesite hablarle sobre cualquier cosa.

b) Si su hijo/a adolescente está fumando cigarrillos

- sugiera que haga una lista de razones para dejarlo.
- sea su apoyo y trabajen juntos en buscar formas de dejarlo. Pida consejos a especialistas.
- intente crear un ambiente libre de humos en casa
- la situación no cambiará de la noche a la mañana, llevará tiempo y esfuerzo como todo compromiso.

4.5.3. Programa ESFA-Madrid. Modelo de la comunicación a las familias.

Se presenta un modelo de la comunicación a las familias de la participación en el Proyecto ESFA. A través de esta circular se hace partícipes a los miembros del ámbito familiar de la participación del Centro Educativo en el que están escolarizados sus hijos/as en el Programa Europeo ESFA.



Comunidad de Madrid

Estimados padres:

Les comunicamos que el Centro Educativo en el que está escolarizado su hijo/a, participa en el **Proyecto Europeo ESFA de Prevención del Consumo del Tabaco**. Este Programa está financiado en parte por la Unión Europea. En el Proyecto ESFA participan centros escolares de Dinamarca, Finlandia, Gran Bretaña, Holanda, Portugal y las Comunidades Autónomas de Cataluña y Madrid.

El Proyecto de Prevención tiene como objetivo disminuir el número de adolescentes que inician el hábito de fumar. Es importante prevenir antes de que el hábito exista. El Programa de Prevención va dirigido a los/as alumnos/as que este curso están en 1º de E.S.O. y tiene una duración de tres años.

Para poder valorar las ventajas de la Prevención se pasa un cuestionario en el que los/as alumnos/as dan sus opiniones sobre temas relacionados con el tabaco. Se aplica el mismo cuestionario en todos los países, después de haber sido probado y aceptado por el equipo investigador en pleno. El cuestionario se pasa de forma anónima y en su proceso, análisis y custodia se cumplen los requisitos legales que pide la Unión Europea y nuestro país en lo relativo a la confidencialidad de las opiniones.

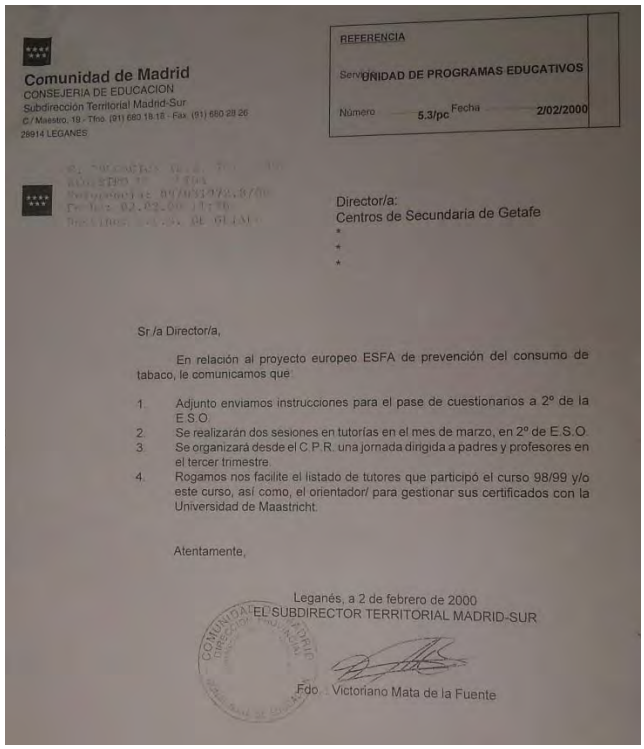
Agradeciéndoles la lectura de esta circular y quedando a su disposición para cualquier información que precise, reciba un cordial saludo.

Dr. D. Andrés González Navarro
Responsable del Proyecto ESFA Madrid

Lda. Dña. Mª Lourdes Fresnillo Poza
Ejecutiva de Proyecto ESFA Madrid

Madrid a veintitrés de Noviembre de 1998

4.5.4. Programa ESFA-Madrid. Modelos de los procedimientos de la coordinación, la implicación y la participación desde el ámbito educativo.



Comunidad de Madrid
CONSEJERIA DE EDUCACION
Subdirección Territorial Madrid-Sur
C/ Maestro, 19 - Tfno. (91) 680 18 18 - Fax (91) 680 28 26
28914 LEGANES

REFERENCIA
Servicio UNIDAD DE PROGRAMAS EDUCATIVOS
Número 5.3/pc Fecha 2/02/2000

Director/a:
Centros de Secundaria de Getafe
*
*
*

Sr./a Director/a,

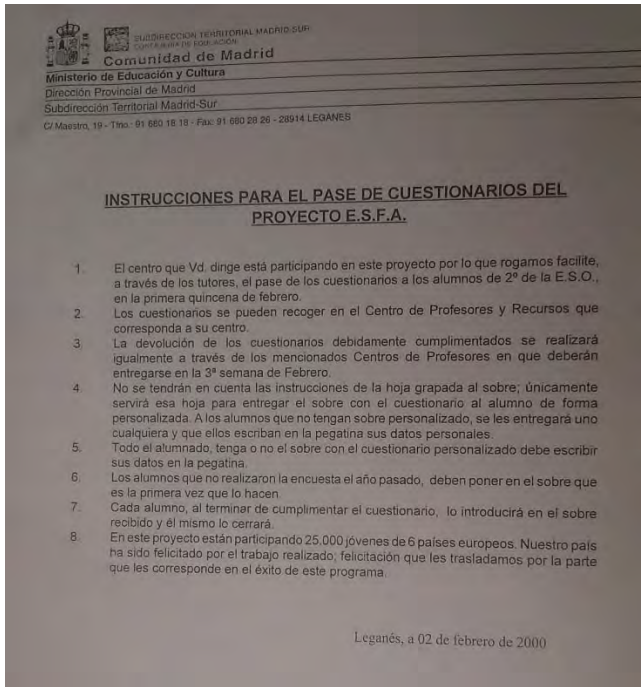
En relación al proyecto europeo ESFA de prevención del consumo de tabaco, le comunicamos que:

1. Adjunto enviamos instrucciones para el pase de cuestionarios a 2º de la E.S.O.
2. Se realizarán dos sesiones en tutorías en el mes de marzo, en 2º de E.S.O.
3. Se organizará desde el C.P.R. una jornada dirigida a padres y profesores en el tercer trimestre.
4. Rogamos nos facilite el listado de tutores que participó el curso 98/99 y/o este curso, así como, el orientador/ para gestionar sus certificados con la Universidad de Maastricht.

Atentamente,

Leganés, a 2 de febrero de 2000
EL SUBDIRECTOR TERRITORIAL MADRID-SUR

Fdo.: Victoriano Mata de la Fuente



SUBDIRECCION TERRITORIAL MADRID-SUR
CONSEJERIA DE EDUCACION
Comunidad de Madrid
Ministerio de Educación y Cultura
Dirección Provincial de Madrid
Subdirección Territorial Madrid-Sur
C/ Maestro, 19 - Tfno.: 91 680 18 18 - Fax: 91 680 28 26 - 28914 LEGANES

INSTRUCCIONES PARA EL PASE DE CUESTIONARIOS DEL PROYECTO E.S.F.A.

1. El centro que Vd. dirige está participando en este proyecto por lo que rogamos facilite, a través de los tutores, el pase de los cuestionarios a los alumnos de 2º de la E.S.O., en la primera quincena de febrero.
2. Los cuestionarios se pueden recoger en el Centro de Profesores y Recursos que corresponda a su centro.
3. La devolución de los cuestionarios debidamente cumplimentados se realizará igualmente a través de los mencionados Centros de Profesores en que deberán entregarse en la 3ª semana de Febrero.
4. No se tendrán en cuenta las instrucciones de la hoja grapada al sobre; únicamente servirá esa hoja para entregar el sobre con el cuestionario al alumno de forma personalizada. A los alumnos que no tengan sobre personalizado, se les entregará uno cualquiera y que ellos escriban en la pegatina sus datos personales.
5. Todo el alumnado, tenga o no el sobre con el cuestionario personalizado debe escribir sus datos en la pegatina.
6. Los alumnos que no realizaron la encuesta el año pasado, deben poner en el sobre que es la primera vez que lo hacen.
7. Cada alumno, al terminar de cumplimentar el cuestionario, lo introducirá en el sobre recibido y él mismo lo cerrará.
8. En este proyecto están participando 25.000 jóvenes de 6 países europeos. Nuestro país ha sido felicitado por el trabajo realizado; felicitación que les trasladamos por la parte que les corresponde en el éxito de este programa.

Leganés, a 02 de febrero de 2000

Dirección del Área Territorial de Madrid-Sur
CONSEJERIA DE EDUCACION
Comunidad de Madrid

REFERENCIA	
Servicio: UNIDAD DE PROGRAMAS EDUCATIVOS	
Número: GFP/mjp Fecha: 10/04/2001	

Adjunto se remite listado de centros, resumen de las actuaciones y personal implicado en el Proyecto Europeo E.S.F.A. de Prevención del Consumo de Tabaco que se está desarrollando en esta Dirección de Área Territorial.

Leganés, 10 de abril de 2001

LA JEFA DEL SERVICIO DE LA UNIDAD DE PROGRAMAS EDUCATIVOS

Fdo.: Mª Librada Tortosa Llorca

C./ Maestro, 19 - 28914 LEGANÉS (Madrid)
Teléfono 91 412 27 00 - Fax 91 680 28 26

Comunidad de Madrid
CONSEJERIA DE EDUCACION
Subdirección Territorial Madrid-Sur
C./ Maestro, 19 - Tfno. (91) 680 16 18 - Fax. (91) 680 28 26
28914 LEGANES

REFERENCIA	
Servicio: UNIDAD DE PROGRAMAS EDUCATIVOS	
Número: 5.3/pc Fecha: 1/02/2000	

Director/a:
Centros de Secundaria
Parla -Pinto - Alcorcón

Sr./a Director/a,

En relación al Proyecto Europeo ESFA de prevención del Consumo de Tabaco, le comunicamos que:

1. El centro que Vd. dirige está participando como control en este proyecto por lo que rogamos facilite, a través de los tutores, el pase de los cuestionarios a los alumnos de 2º de la E.S.O., en la primera quincena de febrero.
2. Los cuestionarios se pueden recoger en el Centro de Profesores y Recursos que corresponda a su centro.
3. La devolución de los cuestionarios debidamente cumplimentados se realizará igualmente a través de los mencionados Centros de Profesores en que deberán entregarse en la 3ª semana de Febrero.
4. No se tendrán en cuenta las instrucciones de la hoja grapada al sobre; únicamente servirá esa hoja para entregar el sobre con el cuestionario al alumno de forma personalizada. A los alumnos que no tengan sobre personalizado, se les entregará uno cualquiera y que ellos escriban en la pegatina sus datos personales.
5. Todo el alumnado, tenga o no el sobre con el cuestionario personalizado debe escribir sus datos en la pegatina.
6. Los alumnos que no realizaron la encuesta el año pasado, deben poner en el sobre que es la primera vez que lo hacen.
7. Cada alumno, al terminar de cumplimentar el cuestionario, lo introducirá en el sobre recibido y él mismo lo cerrará.
8. En este proyecto están participando 25.000 jóvenes de 6 países europeos. Nuestro país ha sido felicitado por el trabajo realizado, felicitación que les trasladamos por la parte que les corresponde en el éxito de este programa.

Atentamente,

Leganés, a 1 de febrero de 2000
EL SUBDIRECTOR TERRITORIAL MADRID-SUR

COMUNIDAD DE MADRID - DIRECCIÓN PROVINCIAL - CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Fdo.: Victoriano Mata de la Fuente

Dirección del Área Territorial de Madrid-Sur
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
Comunidad de Madrid

INFORME E.S.F.A.

Programa Europeo de Investigación-Acción de Prevención del Consumo de Tabaco

DESTINATARIOS:

Alumnado (5397) matriculado en 1º de ESO del curso 99/00 de las localidades de Getafe, Parla, Pinto y Alcorcón, matriculados en centros públicos y concertados.

TEMPORALIZACIÓN Cursos 1997 a 2002.

ACCIONES REALIZADAS:

- Curso de Formación dirigido a tutores y orientadores realizado el curso 99/00 de 30 horas de duración
- Intervención con el alumnado (curso 98/01)
- Cumplimentación de cuestionarios (98/01)
- Jornadas Informativas padres y madres (curso 2000)

PERSONAL IMPLICADO

- Tutores/as (198)
- Orientadores/as (58)
- Asesores/as responsables de temas de salud del CPR (3)
- Asesora de Salud del SUPE (1)

C/ Maestro, 19 - 28914 LEGANÉS (Madrid)
Teléfono 91 412 27 00 - Fax 91 680 28 26

E.S.F.A.

I.E.S. PÚBLICOS

LOCALIDAD	CENTRO	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	Nº DE GRUPOS	Nº ALUMNOS 3º E.S.O
Alcorcón	Al-Qadir	C/ Sahagún, s/n	28925	916125362	3	84
	La Arboleda	Avda. Oeste, s/n	28922	916439991	4	102
	Los Castillos	Avda. Los Castillos, 5	28925	916121063	3	60
	Galileo Galilei	Avda. De Retamas, 2	28922	916440235	4	87
	Ignacio Ellacuría	C/ Olímpico Fdez. Ochoa, s/n	28923	916434290	5	118
	Ítaca	Avda Castillos, s/n	28925	916101411	2	57
	Jorge Guillén	C/ Olímpico Fdez. Ochoa, s/n	28923	916415711	6	183
	Luis Buñuel	Avda. Villaviciosa, s/n	28925	916107013	4	87
	Parque de Lisboa	C/ La Paz, 6	28924	916118712	5	144
	El Pinar	Avda. Del Oeste, s/n	28923	916436741	6	165
	Prado Santo Domingo	Avda. Pablo Iglesias, 3	28922	916438187	3	66
Getafe	Alarnes	C/ Toledo s/n	28901	916814203	3	88
	Altair	Ctra. Leganés, s/n	28904	916831621	3	80
	Antonio López García	C/ Arquitectos, 39	28903	916835621	4	124

E.S.F.A.

I.E.S. PÚBLICOS

LOCALIDAD	CENTRO	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	Nº DE GRUPOS	Nº ALUMNOS 3º E.S.O
Getafe	Carpe Diem	C/ Senda de Mafalda, 2	28905	916827161	4	109
	Clara Campoamor	C/ Senda de Mafalda, 4	28905	916810212	3	66
	Ícaro	Ctra. Leganés, s/n	28904	916834908	2	37
	José Hierro	Avda. Juan Carlos I, 9	28905	916821213	4	111
	Laguna de Jooatzel	Avda. Vascongadas, s/n	28903	916832026	4	81
	León Felipe	Avda. Fuerzas Armadas, s/n	28901	916818080	4	121
	Manuel Azaña	Avda. Ciudades, s/n	28903	916821511	8	238
	Matemático Puig Adam	C/ Toledo, s/n	28901	916950279	6	167
	Satafi	Avda. Ciudades, 104	28903	916830660	4	111
	Silverio Lanza	Avda. Ciudades, 17	28903	916810815	5	119
	Sección Perales del Río (Ícaro)	Campos de Castilla, s/n	28903			
Pinto	Vicente Alexandre	Cañada Real de la Mesta, s/n	28320	916910012	6	209
	Pablo Picasso (no)	Pabro Picasso, s/n	28320	916921536		
Parla	Enrique Tierno Galván	Avda. Juan Carlos I, s/n	28980	916981111	5	148
	Humanejos	Avda. Juan Carlos I, s/n	28980	916982993	8	219

E.S.F.A.

I.E.S. PÚBLICOS

LOCALIDAD	CENTRO	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	Nº DE GRUPOS	Nº ALUMNOS 3º E.S.O
Parla	La Laguna	Cº Salmoral, /n	28980	916051520	7	187
	Narcís Monturiol	C/ Leganés, s/n	28980	916982811	6	156
	El Olivo	C/ Felipe II, 11	28980	916055311	11	264
	Parla II	Cª Cantueña, s/n	28980	916986111	9	259

E.S.F.A.

CENTROS CONCERTADOS

LOCALIDAD	CENTRO	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	Nº DE GRUPOS	Nº ALUMNOS 3º E.S.O.
Alcorcón	Alkor	Avda. Pablo Iglesias, s/n	28921	916437173	3	75
	Amor de Dios	Pza Cuatro de Noviembre, 1	28924	916192117	4	116
	La Inmaculada	C/ Pistas, s/n	28924	916192515	3	97
	Juan XXIII	C/ Nueva, 4	28921	916438329	2	48
	Juan XXIII (Ciclos Formt)	C/ Nueva, 2	28921	916438326		
	Ntra. Sra. de los Remedios	C/ Guindales, 19	28921	916194981	1	28
	Ntra. Sra. de Rihondo I	Avda. Pablo Iglesias, 2	28922	916438326	2	65
	Santísima Trinidad	C/ Rivadavia, 2	28925	916103443	3	83
	Virgen del Remedio	Avda. De Lisboa, 2	28924	916195917	2	69
Getafe	Los Ángeles	C/ Prado Acedinos, s/n	28902	916960843	4	127
	Divina Pastora	Pº Pablo Iglesias, 5	28901	916950519	2	80
	Inglan	FP	28904	916951369		
	La Inmaculada	Pza.Obispo Felip Scio, 1	28901	916951900	6	184
	Jesús Nazareno	C/ San José, 28	28901	916950321	2	76
	Liceo Juan de la Cierva	No tiene	29903	916830742		

E.S.F.A.

CENTROS CONCERTADOS

LOCALIDAD	CENTRO	DIRECCIÓN	C.P.	TELÉFONO	Nº DE GRUPOS	Nº ALUMNOS 3º E.S.O.
Getafe	Mengual	No tiene	28901	916811638		
	San Isidro	Cerrado				
	San José	C/ Velasco, 2	28901	916953969	2	62
	San Sebastián	No tiene				
	Santa Teresa	Ctra. S. Martín de la Vega, km 5	28902	916847051	1	31
Parla	Torrente Ballester	C/ Getafe, s/n	28980	916986589	2	65
Pinto	Calasanz	C/ Asturias, s/n	28320	916912398	1	28
	Ntra. Sra. de la Providencia	C/ San José, 1	28320	916910303	2	65
	Sagrada Familia	C/ Sagrada Familia, 3	28320	376911026	2	61
	Sto. Domingo de Silos	C/ Santa Teresa, 7	28320	916912950	2	69

5 DISCUSIÓN.

5 DISCUSIÓN.

Hallazgos teóricos

El concepto de las etapas de motivación también ha sido aplicado para describir el proceso de inicio de fumar (Pallonen et al., 1998). Nosotros aplicamos estos conceptos y los análisis revelaron la existencia de tres grupos dentro de la etapa de pre-contemplación de comenzar a consumir el tabaco en los adolescentes, que parece tener diferentes perfiles cognitivos:

1) los adolescentes firmemente comprometidos a ser no fumadores,

2) los adolescentes que no van a empezar a fumar dentro de los próximos cinco años, y

3) los adolescentes que planean comenzar a fumar dentro de los próximos cinco años, pero no dentro de los próximos seis meses (Kremers et al., 2001a, b).

Además, nuestros estudios confirmaron la existencia de dos sub-escalas diferentes dentro de las actitudes relativas al consumo del tabaco, referentes a las ventajas y desventajas de la conducta de fumar.

Nosotros también encontramos tres sub-factores diferentes con el constructo de auto-eficacia:

1) la auto-eficacia social (la confianza de no fumar cuando se está con otros),

2) la auto-eficacia en situaciones de estrés (la confianza de no fumar cuando se enfrentan a situaciones emocionales y estresantes) y

3) la auto-eficacia de rutina (la confianza de no fumar cuando se realizan actividades de rutina) (Kremers et al., 2001a, b; De Vries et al., 2003a).

Por último, un par de estudios analizaron el supuesto de que la aparición de fumar se predecía principalmente por sus compañeros fumadores. Cuando se utilizaron los datos transversales, los resultados mostraron una alta asociación entre los adolescentes y el tabaquismo entre compañeros, pero los resultados revelaron que este impacto no fue muy fuerte utilizando los diseños longitudinales de investigación y sugerían mecanismos alternativos del inicio de la conducta de fumar, tales como los procesos de auto-selección (De Vries et al., 2003b, c) y los procesos de experimentación desmotivada (Kremers et al., 2003b).

Los datos iniciales de la medida de la línea base revelaron la prevalencia del tabaquismo de 5,6% para el tabaquismo regular y 4,0% para la conducta de fumar diariamente. Las tasas de prevalencia fueron más altas en Finlandia, seguido de Dinamarca, el Reino Unido, Países Bajos, Portugal, España (Madrid) y España (Barcelona) (De Vries et al., 2003).

La prevalencia de tabaquismo fue mayor entre las niñas que los chicos en todos los países en lo que respecta al consumo semanal del tabaco. Se necesitan análisis en profundidad adicionales para identificar los factores que discriminan la captación de los chicos de la captación de las chicas al hábito de fumar y si los programas de prevención del tabaquismo deben ser ajustados a temas sensibles de género especifico (De Vries et al., 2003c).

El ESFA se dirigió a los esfuerzos preventivos integrales abordando los grupos destinatarios en los niveles micro y meso (European Smoking prevention Framework Appoach ESFA o Enfoque del Marco europeo para la Prevención del Tabaquismo, 2002).

El proyecto tuvo varias fortalezas potenciales.

(1) la colaboración europea a largo plazo con respecto al desarrollo de programas de prevención del tabaquismo y la puesta a prueba es todavía escasa y este proyecto fue el primer proyecto común de prevención basado en la investigación (De Vries et al., 2003).

En consecuencia, se estimuló la capacidad de construcción dentro de Europa, así como el intercambio internacional. A las organizaciones se les animó a colaborar durante un período más largo de tiempo, lo cual fue una innovación para la mayoría de las organizaciones (De Vries et al., 2003).

(2) Se fomentó el desarrollo de programas basados en la combinación sistemática de la investigación y la teoría (De Vries et al., 2003).

(3) Se inició un enfoque de la prevención del tabaquismo dirigido a intervenir en varios niveles simultáneamente (De Vries et al., 2003).

(4) La utilización de un instrumento común para el estudio de los determinantes o predictores de la aparición de la conducta de fumar y de su cesación, proporcionó una oportunidad buena para las comparaciones internacionales (De Vries et al., 2003).

El enfoque ESFA también tenía varias limitaciones.

(1) Si bien se alcanzó el consenso sobre las metas generales y a los objetivos específicos, las necesidades nacionales resultaron en la incorporación de objetivos específicos del país, y cada país quería usar los materiales específicos de su país (De Vries et al., 2003).

En consecuencia, nuestro enfoque se adaptó tanto las similitudes como a las diferencias en los enfoques. Esto también dio lugar a un deseo de los países participantes para llevar a cabo evaluaciones de proceso específicas para cada país. Sin embargo, esta estrategia limita las comparaciones internacionales exhaustivas. Además, la conformidad del profesorado de cumplimentar sus registros parecía ser baja (European Smoking prevention Framework Appoach ESFA o Enfoque del Marco europeo para la Prevención del Tabaquismo, 2002).

(2) La intención de lograr la aleatorización a nivel regional no pudo ser cumplida en todos los países. La especificidad nacional, las políticas comunitarias y escolares obstruyeron completamente la aleatorización para cuatro de los siete territorios. Los principios de acercarse al menos cuatro comunidades (con el fin de reducir el impacto potencial de la deserción escolar durante el proyecto) no pudo ser factible en muchos países, debido al tamaño de las comunidades (De Vries et al., 2003).

(3) Las ambiciones del proyecto fueron elevadas – quizás demasiado elevadas- teniendo en cuenta la cantidad de la financiación, los materiales y el tiempo disponible (De Vries et al., 2003).

(4) El retraso en la recepción de los fondos europeos dio lugar a amenazas graves para la continuidad del proyecto, para la motivación de los contratistas y directores de proyectos en la ejecución del programa, y el temporal aplazamiento de la colaboración de un socio (European Smoking prevention Framework Appoach ESFA o Enfoque del Marco europeo para la Prevención del Tabaquismo, 2002).

(5) Sólo los resultados a nivel individual podrían ser evaluados (De Vries et al., 2003).

Además de probar la eficacia de los diversos enfoques en cada país (De Vries et al., 2003a), algunos análisis probaron las aplicaciones de los constructos teóricos y motivaron el reconocimiento de varias fases con respecto al inicio del consumo de tabaco (Kremers et al., 2001a, b), así como el reconocimiento de que el proceso de inicio del consumo de tabaco no está solamente determinado por mecanismos de presión entre compañeros; un hallazgo también sugerido por otros (Bauman y Ennett, 1.996; Engels et al., 1999; De Vries et al., 2003a).

En el análisis exhaustivo del proceso de adquisición también se demostró que los adolescentes pueden comenzar a experimentar con el consumo del tabaco sin poca base cognitiva para la toma de decisiones. Esta observación sugiere que los enfoques de motivación actuales, con el objetivo de reforzar las cogniciones para no fumar, pueden ser menos aplicables para la prevención del tabaquismo que las asumidas inicialmente y por tanto cuestiona la precisión de los modelos psicológicos actuales para el desarrollo de intervenciones para una prevención eficaz del consumo del tabaco (Kremers et al., 2003b).

Se necesitan estudios adicionales con respecto al proceso del inicio de la conducta de fumar con el fin de identificar la forma en la que la experimentación con los cigarrillos puede ser detenida con mayor eficacia, así como la forma de involucrar a los padres en futuros programas de prevención del consumo del tabaco (De Vries et al., 2003).

En resumen, una perspectiva preventiva integral implica cantidades suficientes de tiempo y capacidad, una buena planificación y una buena infraestructura para poder integrar y armonizar actividades de diversas organizaciones nacionales e internacionales (De Vries et al., 2003).

A la capacidad de construcción a nivel europeo le debe ser conferida prioridad en las políticas nacionales e internacionales futuras para el control del tabaco europeo. Al configurar programas europeos comunes destinados a la prevención del tabaquismo, deben estar disponibles suficientes recursos personales y de financiación (De Vries et al., 2003).

La colaboración europea debería de ser intensificada para ser capaces de desarrollar y someter a prueba los elementos específicos del programa de prevención del tabaquismo que puede ser utilizado por varios países cuando demuestre ser eficaz (De Vries et al., 2003).

Los proyectos de la prevención del tabaquismo actuales continúan mostrando gran variedad en los resultados de los proyectos de prevención del tabaquismo (Peterson et al., 1998; Sussman et al, 1999; Thomas, 2003; De Vries et al., 2003a).

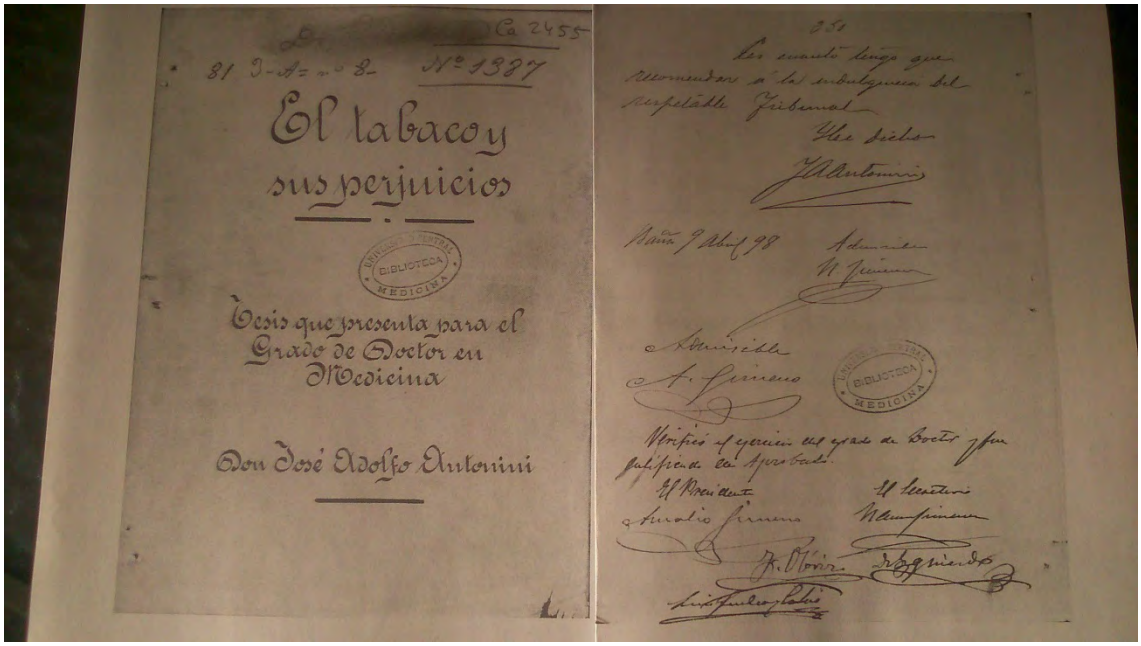
Más enfoques integrales basados en la escuela también demostraron reducciones significativas del consumo del tabaco (Perry et al., 1992; Botvin et al., 1995; Vartiainen et al.,1998).

Los decepcionantes resultados de algunos estudios pueden conducir a la conclusión errónea de que la prevención del tabaquismo sólo puede tener efectos limitados (De Vries et al., 2003).

Una inferencia más constructiva es concluir que todavía no conocemos los principales componentes de la influencia social, así como los enfoques más comprehensivos, y cómo mantener los efectos a corto plazo (McCaul y Glasgow, 1985;. Dijkstra et al, 1,999; Botvin et al., 2001).

El enfoque ESFA fue, en este sentido, un paso hacia una mayor intensificación de la colaboración europea y todavía no permite variaciones fundamentales vigorosas en los diseños de investigación (De Vries et al., 2003).

Los futuros proyectos de colaboración europea, sin embargo, deben incorporar la investigación fundamental para identificar qué elementos dentro de los enfoques de prevención del consumo del tabaco son eficaces para cada grupo de edad en particular (De Vries et al., 2003).



Ca 2455

81 J-A-n-8- Nº 1387

El tabaco y sus perjuicios

BIBLIOTECA MEDICINA

Tesis que presenta para el Grado de Doctor en Medicina

Don José Adolfo Antonini

Por cuanto tengo que manifestar á las autoridades del respetable Tribunal

Así dicho

J. A. Antonini

Madrid 9 Abril 98

Admitida

A. Jiménez

Admitida

A. Jiménez

BIBLIOTECA MEDICINA

Verificó el ejercicio de grado de Doctor y fue calificada de Aprobado.

El Presidente

Amalio Jiménez

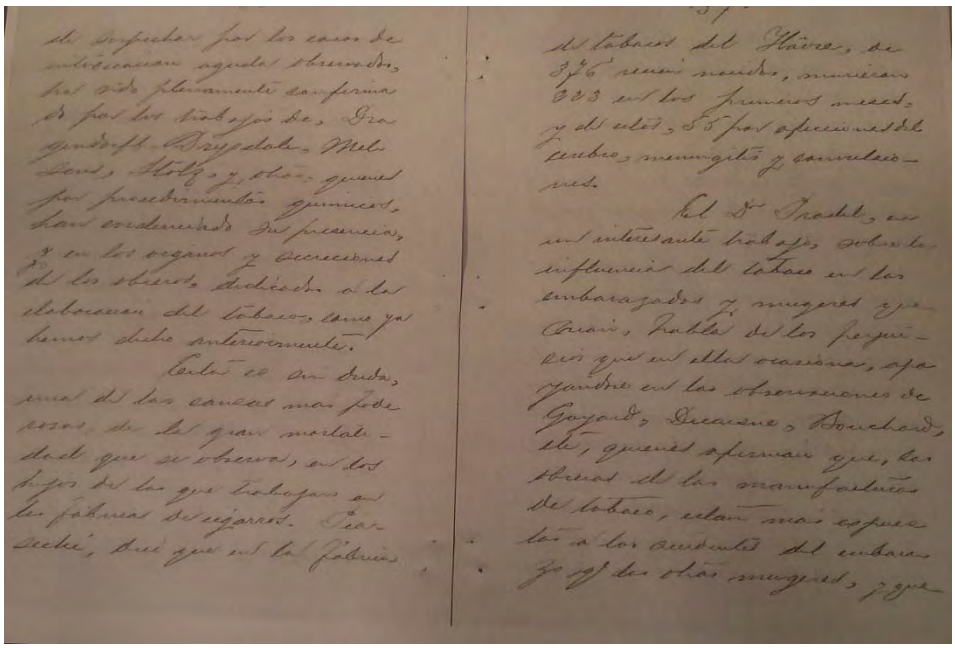
El Secretario

M. Jiménez

R. Obón

Rodríguez

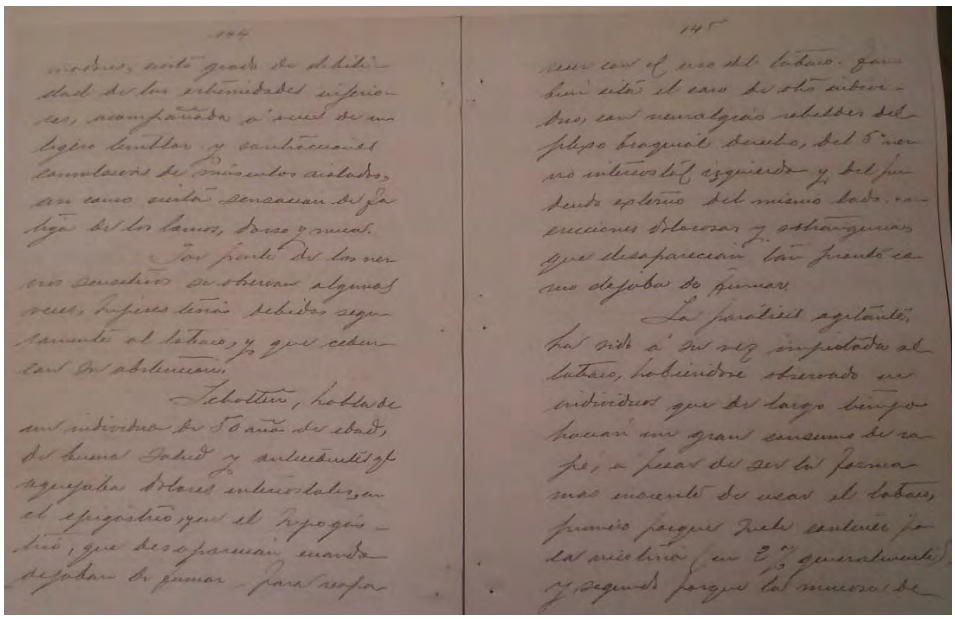
Francisco Calvo



de dependen por los casos de intoxicación agudas observados, por vía plenamente confirmada por los trabajos de, Dragendorff, Brugelmann, Melsens, Adolf, y otros, quienes por procedimientos químicos, han condenado su presencia, y en los órganos y secreciones de los obreros dedicados á la elaboración del tabaco, como ya hemos dicho anteriormente.

Cierto es, sin duda, una de las causas más poderosas, de la gran mortalidad que se observa, en los hijos de las que trabajan en las fábricas de cigarros. Pero, creo, que en la fábrica de tabacos del Havre, de 326 reunió nacidos, murieron 223 en los primeros meses, y del autor, 55 por afecciones del cerebro, meningitis y convulsiones.

El Dr. Proust, en un interesante trabajo, sobre la influencia del tabaco en las embarazadas y mugeres que crían, habla del los perjuicios que en ellas ocasiona, apoyándose en las observaciones de Guyard, Decaisne, Bouchard, etc, quienes afirman que, las obreras de las manufacturas de tabaco, están más expuestas á los accidentes del embarazo, y á las otras mugeres, y que



144

modernos, existe grado de debilidad de las extremidades inferiores, acompañada á veces de un ligero temblor y contracciones convulsivas de músculos aislados, así como existe sensación de fatiga del los lomos, brazos y muslos.

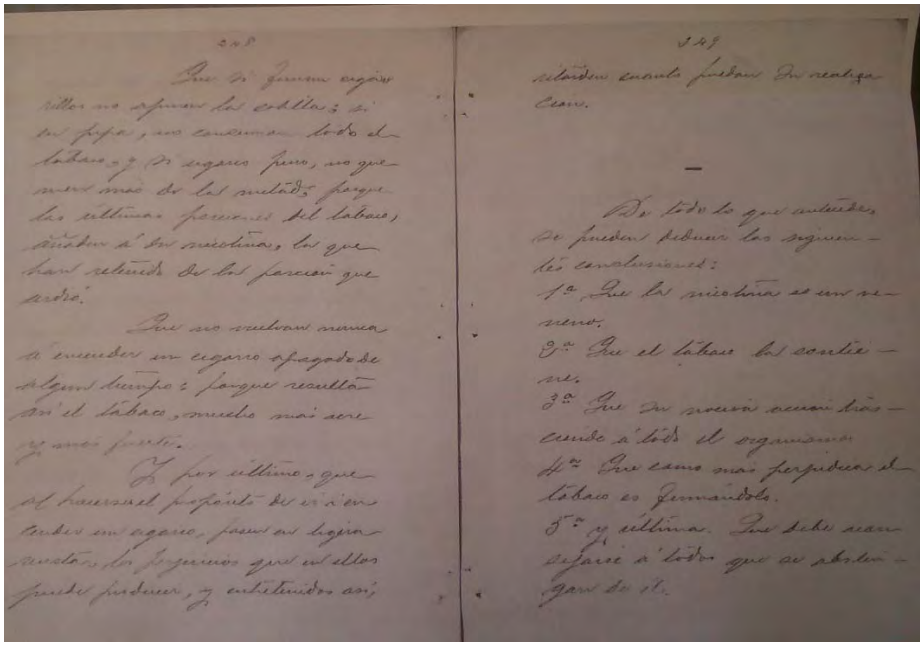
Por fuerte de los nervios sensitivos se observan algunas veces, trastornos tenaces sobreviniendo seguramente al tabaco, y que ceden con su abstinencia.

Tebotten, habla de un individuo de 50 años de edad, de buena salud y antecedentes, que agregaba dolores intensos bajo el epigastrio y que el hipogástrio, que desaparecían cuando dejaban de fumar - para reapa-

145

recer con el uso del tabaco. Que también citó el caso de otro individuo, con neuralgias rebeldes del plexo braquial derecho, del 5º nervio intercostal izquierdo y del fémoral externo del mismo lado. - erupciones dolorosas y estravagantes que desaparecían tan pronto como dejaba de fumar.

La parálisis agitante, ha sido á su vez, imputada al tabaco, habiéndose observado en individuos que de largo tiempo hacían un gran consumo de café, a pesar de ser la fumarina menos inocente de usar el tabaco, primero porque pueda contener por la nicotina (en 2º generalmente) y segundo porque la mucosa de



148

Que si fumen cigarrillos no fumen las colillas; si su pipa, no consuman todo el tabaco y si usan puro, no que mente más de las mitades, porque las últimas porciones del tabaco, añaden á su nicotina, las que han retenido de las porciones que ardió.

Que no acostumbren nunca á encender un cigarro apagado de algún tiempo; porque resultará así el tabaco, mucho más acre y más fuerte.

Y por último, que al hacer el profundo de vista á encender un cigarro, fasen su ligera aspiración, los gérmenes que en ellos puede producir, y entretenidos así;

149

retardan cuanto pueden su realización.

—

De todo lo que antecede, se pueden deducir las siguientes conclusiones:

1º, Que la nicotina es un veneno.

2º Que el tabaco la contiene.

3º Que su nocuidad ocasiona disconde á todo el organismo.

4º Que como mas perjudica el tabaco es fumándole.

5º y última. Que debe aconsejarse á todos que se abstengan de él.

BIBLIOGRAFÍA.

Antonini, J.A. (1898) *El Tabaco y sus perjuicios. Tesis Doctoral.* Universidad Central. Madrid.

Bandura, A. (1986) *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall, New York.

Bartholomew, L.K., Parcel, G.S. and Kok, G. (1998) Intervention mapping: a process for developing theory- and evidence-based health education programs. *Health Education and Behaviour*, **25**, 343–363.

Bauman, K.E. and Ennett, S.E. (1996) On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, **91**, 183–198.

Biglan, A., Ary, D.V., Smolkowski, K., Duncan, T. and Black, (2000) A randomized controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tobacco Control*, **9**, 24–32.

Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E.M. and Diaz, T. (1995) Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a White middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, **273**, 1106– 1112.

Bowen, D.J. (2002) Intervention effects on youth tobacco use in the community intervention trial (COMMIT). *Tobacco Control*, **11**, 382.

Charlton, A., Melia, P. and Moyer, S. (1990) *A Manual on Smoking and Young People for the Industrialized World.* International Union against Cancer, Geneva.

Centers for Disease Control and Prevention (1999) *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*— August l999. Office on Smoking and Health, CDC, Atlanta, GA.

De Vries, H., Backbier, E., Dijkstra, M., van Breukelen, G., Parcel, G. and Kok, G. (1994) A Dutch social influence smoking prevention approach for vocational school students. *Health Education Research*, **9**, 363–374.

De Vries, H. (1998) Planning health promotion. In Weston, R. and Scott, D. (eds), *Evaluation of Health Promotion.* Stanley Thornes, Cheltenham, pp. 92–108.

De Vries, H. and Kok, G.J. (1986) From determinants of smoking behavior to the implications for a prevention programme. *Health Education Research*, **1**, 83–94.

De Vries, H. and Mudde, A.N. (1998) Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude– social influence–efficacy model. *Psychology and Health*, **13**, 369–383.

De Vries, H., Mudde, A.N. and Dijkstra, A. (2000) The attitude–social influence–efficacy model applied to the prediction of motivational transitions in the process of smoking cessation. In Norman, P., Abraham, S. and Conner,M. (eds), *Understanding and Changing Health Behavior: From Health Beliefs to Self-regulation.* Harwood Academic, Amsterdam, pp. 163–187.

De Vries, H., Mudde, A., Kremers, S., Wetzels, J., Uiters, E., Ariza, C., Duarte Vitoria, P., Fielder, A., Holm, K., Janssen, K., Lehtuvuori, R. and Sandel, M. (2003a) The European Smoking Prevention Framework Approach: short-term effects. Health Education Research, **18**, 649-663.

De Vries, H., Engels, R., Kremers, S., Wetzels, J. and Mudde, A. (2003b) Parent's and friends' smoking status as predictors of smoking onset: findings from six European countries. *Health Education Research*, **18**, 617–632.

DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. and Rossi, J.S. (1991) The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **59**, 293–304.

Dijkstra, M., Mesters, I., De Vries, H., van Breukelen, G. and Parcel, G.S. (1999) Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention. *Health Education Research*, **14**, 791–802.

Edmundson, E.W., Luton, S.S., McGraw, S.A., Kelder, S.H., Layman, A.K., Smyth, M.H., Bachman, K.J., Pedersen, S.A. and Stone, E.J. (1994) Catch: classroom process evaluation a multicentre trial. *Health Education Quarterly*, **19**, 1–8.

Elder, J.P., McGraw, S.A., Stone, E.J., Reed, D.B., Harsha, D.W., Greene, T. and Wambsgans K.S. (1994) Catch: process evaluation of environmental factors and programs. *Health Education Quarterly*, **2**, 107–127.

Engels, R.S.M.E., Knibbe, R.A., De Vries, H., Drop, M.J. and Van Breukelen, G.J.P. (1999) Influences of parental and best friends' smoking and drinking on adolescent use: a longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, **29**, 338–362.

European Smoking Prevention Framework Approach (2002) *Final Report*. Department of Health Education and Promotion, Maastricht.

Evans, R.I. (1976) Smoking in children: developing a social psychological strategy of deterrence. *Journal of Preventive Medicine*, **5**, 122–127.

Fishbein, M. and Ajzen, I. (1973) *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research.* Addison-Wesley, Reading, MA.

Fresnillo Poza, V., Fresnillo Poza, M.L. y Fresnillo Lobo, R. (2000) *Escuela de Padres*. Área de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

Fresnillo Poza, M.L., Fresnillo Poza, G., Poza Fresnillo, A., Robledo de Dios, T., Fernández Hernández, C. (1999) *Prevención del Consumo de Alcohol y Tabaco. Guía didáctica para el profesorado de Primer Ciclo de la E:S.O.* Ministerio del Interior. Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gollwitzer, P.M. and Schaal, B. (1998) Metacognition in action: the importance of implementation intentions. *Personality and Social Psychology Review*, **2**, 124–136.

Goodman, R.M., Tenney, M., Smith, D.W. and Steckler, A. (1992) The adoption prosess for health curriculum innovations in school: a case study. *Journal of Health Education*, **23**, 213–220.

Green, L.W. and Kreuter, M.W. (1991) *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*, 2nd edn. Mayfield, Palo Alto, SA.

Green, J. and Tones, K. (1999) Toward a secure evidence base for health promotion. *Journal of Public Health Medicine*, **21**, 133–139.

Johnson, S.A., Pentz, M.A., Weber, M.D., Dwyer, J.H., Baer, N., MacKinnon, D.P., Hansen, W.B. and Flay, B.R. (1990) Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high-risk and low-risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **58**, 447–436.

Kremers, S.P.J., Mudde, A.N. and De Vries, H. (1999) Measuring the effectiveness of ESFA: towards best practices in smoking prevention research. In Norheim, L. and

Waller, M. (eds), *Best Practices: A Selection of Papers on Quality and Effectiveness in Health Promotion*. Tallinn, Helsinki, pp. 236–243,

Kremers, S.P.J., Mudde, A.N. and De Vries, H. (2001a) Subtypes within the precontemplation stage of adolescent smoking acquisition. *Addictive Behaviors*, **26**, 237–231.

Kremers, S.P.J., Mudde, A.N. and De Vries, H. (2001b) 'Kicking the initiation': do adolescent ex-smokers differ from other groups within the initiation continuum? *Preventive Medicine*, **33**, 392–401.

Kremers, S.P.J., Mudde, A.N. and De Vries, H. (2003a) Development and longitudinal text of an instrument to measure behavioral stages of smoking initiation. *Substance Use and Misuse*,

Kremers, S.P.J., Mudde A.N. and De Vries H. (2003b) Unplanned smoking initiation: new insights and implications for interventions. *Patient Education and Counseling*,

Holm, K., Kremers, S. and De Vries H. (2003) Why do Danish adolescents smoke? *European Journal of Public Health*, **13**, 67–74.

Lantz, P.M., Jacobson, P.D., Warner, K.E., Wasserman, J., Pollack, H.A., Berson, J. and Ahlstrom, A. (2000) Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control*, **9**, 47–63.

Lawrence, L. (1988) Validation of a self-efficacy scale to predict adolescent smoking. *Health Education Research*, **4**, 331–360.

Locke, E.A. and Lathan, J.P. (1990) *A Theory of Goal Setting and Task Performance.* Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

McCaul, K.D. and Glasgow, R. (1985) Preventing adolescent smoking: what have we learned about treatment construct validity? *Health Psychology*, **4**, 361–387.

Lytle, L.A., Davidann, B.Z., Bachman, K., Edmundson, E.W., Johnson, C.C., Reeds, J.A., Wambsgans, K.S. and Budman, S. (1994) Catch: challenges of conducting process evaluation in a multi center trial. *Health Education Quarterly*, **2**, 129– 142.

McGuire, W.J. (1985) Attitude and attitude shange. In *Handbook of Social Psychology*, Lawrence Erlbaum, New York, pp. 233–246.

Nebot, M., Tomás, Z., Ariza, M., Valmayor, S. and Mudde, A. (2002) Fastores asosiados son la intensión de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, **16**, 131–138.

Pallonen, U.E., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Prokhorov, A.V. and Smith, N.F. (1998) Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addictive Behaviors*, **23**, 303–324.

Perry, S.L., Kelder, S.H., Murray, D.M. and Klepp, K.I. (1992) Communitywide smoking prevention: long-term outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the class of study. *American Journal of Public Health*, **82**, 1210–1216.

Peterson, A.V., Kealey, K.A., Mann, S.L., Marek, P.M. and Sarason, I.G. (2000) Hutchinson Smoking Prevention Project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention—results on smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, **92**, 1979–1991.

Peto, R., López, A.D., Boreham, J., Thun, M. and Heath, S. (1994) *Mortality from Smoking in Developed Countries l950–2000*. Oxford Univerxity Press, Oxford.

Proshaska, J.O. and DiClemente, C.C. (1983) Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **51**, 390–304.

Reid, D.J., McNeill, A.D. and Glynn, T.J. (1995) Reducing the prevalence of smoking in youth in western countries: an international review. *Tobacco Control*, **4**, 266–277.

Rooney, B.L. and Murray, D.M. (1996) A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly*, **23**, 48–64.

Steckler, A., McLeroy, K.R., Goodman, R.M., Bird, S.T. and McCormick, L. (1992) Toward integrating qualitative and quantitative methods: an introduction. *Health Education Quarterly*, **19**, 1–8.

Sussman, S., Lichtman, K., Ritt. A. and Pallonen, U.E. (1999) Effects of thirty-four adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products. *Substance Use and Misuse*, **34**, 1469–1303.

Thomas, R. (2003). School-based programmes for preventing smoking [Cochrane Review]. *The Cochrane Library* **1.** Update Software, Oxford.

Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V. and Stackpole, K.M. (2000) Sshool-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, **20**, 273–336.

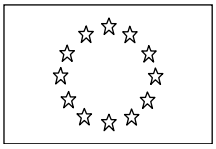
Tones, K. and Tilford, S. (1994) *Health Education: Effectiveness, Efficiency and Equity*. Stanley Thornes, London.

US Department of Health and Human Services (1994) *Preventing Tobacco use among Young People: A Report of the Surgeon General*. USDHHS, Atlanta, GA.

Vartiainen, E., Paavola, M., McAlister, A. and Puska, P. (1998) Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia Youth Project. *American Journal of Public Health*, **88**, 81–83.

Wakefield, M. and Chaloupka, F. (2000) Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the USA. *Tobacco Control*, **9**, 177–186.

Weinstein, N.D. (1988) The precaution adoption process. *Health Psychology*, **7**, 333–386.



Financed with the assistance

of the Euporean Community

(regulation (EC) No 2427/93)

ANEXOS

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

Guía Didáctica
PARA EL PROFESORADO DE PRIMER CICLO DE ESO

Ministerio del Interior
Ministerio de Educación y Cultura
Ministerio de Sanidad y Consumo

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

GUÍA DIDÁCTICA

PARA EL PROFESORADO DE PRIMER CICLO DE ESO

Ministerio del Interior
Ministerio de Educación y Cultura
Ministerio de Sanidad y Consumo

Esta guía ha sido realizada en el Marco del Convenio entre los Ministerios del Interior, de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo.

La gestión de este convenio corresponde al Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio del Interior), al Centro de Investigación y Documentación Educativa (Ministerio de Educación y Cultura) y a la Subdirección de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud de la Dirección General de Salud Pública (Ministerio de Sanidad y Consumo)

GRUPO DE TRABAJO:

Carlos Fernández Hernández

Gloria Fresnillo Poza

Lourdes Fresnillo Poza

Teresa Robledo de Dios

Ángela Poza Fresnillo

Coordinación

Carmen Pérez Rodríguez

Revisión y maquetación

Elvira Brioso Cabezas

Alejandro García Cuadra

Joaquín Tolsá Torrenova

D.L.: M-39777-1999
NIPO: 176-99-138-6
ISBN: 84-369-3263-3

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

La prevención del consumo de alcohol y tabaco en esta etapa educativa, al formar parte de los contenidos globales de la Educación para la Salud, queda contemplada como tema transversal en la Educación Secundaria Obligatoria.

Es importante destacar la importancia de la incorporación de dichos aspectos preventivos en los distintos niveles de concreción curricular: Proyecto de Centro, Proyecto Curricular de Etapa y Programación de Aula.

La implantación de la LOGSE abre una importante línea de trabajo en la que el desarrollo de la prevención de drogodependencias en general, y del consumo de alcohol y tabaco en particular, adquiere unas posibilidades reales y efectivas.

De este modo, el sistema educativo contempla la educación integral de la persona a través del desarrollo de habilidades, valores y actitudes que permitan dotar al alumno de las herramientas adecuadas para la toma de decisiones sobre su salud y la de los que le rodean.

Al igual que otras muchas conductas relacionadas con la salud y el bienestar, el inicio en el consumo de alcohol y tabaco, y la posterior habituación, se produce a una edad en la que pre-adolescentes y adolescentes se encuentran escolarizados. Por ello, desde la escuela se puede hacer un trabajo relevante para la prevención de ese consumo.

Por tanto, la *Guía Didáctica* que presentamos va dirigida al profesorado de primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), por ser ésta la etapa en la que adquiere importancia la experimentación con el tabaco y el alcohol, y su posible cristalización en un consumo cotidiano.

La simple adquisición de conocimientos acerca del tabaco y del alcohol, con ser necesaria, no es suficiente para promover una actitud positiva hacia el cuidado de la salud. De ahí la importancia de una metodología activa que lleve al alumno a aprender experimentando.

Consideramos fundamental la enseñanza de ***habilidades sociales***, haciendo especial hincapié en aquellas que permitan:

- La toma de decisiones razonadas.
- La expresión de criterios psicosociales y el desarrollo de actitudes y capacidades que favorezcan la resistencia a las situaciones de presión de grupo a las que se encuentran sometidos los jóvenes.

- La reflexión sobre la influencia de los mensajes publicitarios en las conductas de iniciación, y
- La búsqueda de alternativas saludables.

INTRODUCCIÓN

Esta guía pretende ser un instrumento que facilite la tarea del profesorado a la hora de desempeñar sus funciones en el campo de la Educación para la Salud, en materia de prevención del tabaquismo y del consumo de alcohol.

Nuestro propósito ha sido ofrecer un documento que permita trabajar con autonomía al profesorado, haya recibido o no formación específica en las materias señaladas.

La finalidad de esta obra es ofrecer una herramienta de apoyo y complemento para el profesorado, tanto si en su centro se estén desarrollando programas específicos de prevención del consumo de tabaco y alcohol, como si no se están realizando intervenciones para prevenir dichos consumos.

En cualquier caso, el diseño de esta guía está concebido para facilitar la intervención en los centros educativos, ajustándose a las distintas necesidades y posibilidades de los centros, considerando los diversos grados de implicación y participación de la comunidad escolar, así como los tiempos disponibles. Estas variables de participación y disposición horaria determinarán el tipo de intervención posible en cada centro, y habrán de valorarse en la planificación de las actuaciones.

La guía está estructurada en cuatro capítulos:

- El ***primer capítulo*** está dedicado a los aspectos generales de la prevención en el marco escolar. Al ser la institución escolar la que, en el ejercicio de sus funciones, garantiza un proceso educativo sistemático y adaptado a los distintos momentos evolutivos del alumnado, consideramos que el tratamiento de estos temas debe estar incluido en el currículum oficial, para que esta formación llegue al cien por cien del alumnado, con independencia de su condición social.

  Somos conscientes de que trabajar en prevención del consumo de tabaco y alcohol es una responsabilidad compartida por diferentes Administraciones; pero en materia de prevención es competencia de la Administración educativa formar al alumnado, como primer peldaño de esta intervención.

- El ***segundo capítulo,*** donde se recogen los conceptos básicos sobre el consumo de tabaco y alcohol, tiene la finalidad de presentar, de forma breve y clara, aquellos contenidos teóricos en materia de prevención del tabaquismo y consumo de alcohol, que pensamos pueden ser de utilidad

a la hora de planificar actuaciones en este campo. Como se indica en la presentación, el hecho de que la simple adquisición de conocimientos acerca del tabaco y del alcohol no sea suficiente para promover una actitud positiva hacia el cuidado de la salud no implica que no sea necesaria.

- En el ***tercer capítulo*** se presenta la propuesta de trabajo para la prevención del consumo de tabaco y alcohol, que sigue un modelo secuenciado en tres pasos:

  1º opino

  2º decido

  3º actúo,

  en los cuales se contemplan los requisitos básicos implicados en el proceso de toma de decisiones ante estos consumos.

  Por su propio diseño, el material que presentamos tiene una flexibilidad que posibilita una variada gama de modelos de aplicación:

  - La realización de una actividad concreta por un solo profesor.
  - La aplicación, por parte de un grupo de profesores motivados, de algunas sesiones en varias aulas a diferentes niveles.
  - La aplicación completa del Programa al centro en su conjunto con la participación de todos los miembros de la comunidad educativa, incluyendo la colaboración de otras instituciones, organismos, etc.

  En cualquiera de estas posibilidades, esperamos que el uso de esta guía produzca una mejora significativa en la prevención, dentro del marco transversal de la Educación para la Salud.

- El ***cuarto capítulo*** incluye cuestionarios de evaluación previa y final dirigidos al alumnado y al profesorado. El estudio comparativo del antes y el después de la intervención permitirá medir de forma objetiva y evidenciar el alcance de sus actuaciones y la eficacia del programa. La medida de la eficacia es un instrumento de mejora de la calidad en la prevención del consumo de tabaco y alcohol. Ésta es la razón por la que es aconsejable evaluar las actuaciones, ya que las intervenciones son más enriquecedoras cuando sabemos de dónde partimos y a dónde llegamos finalmente.

1. ASPECTOS GENERALES DE LA PREVENCIÓN EN EL MEDIO ESCOLAR

1.1. NUESTROS ALUMNOS, "SORPRENDIDOS POR EL CAMBIO"

Nuestros alumnos de la ESO se encuentran en un período evolutivo denominado "adolescencia". Es una etapa de importantes cambios: físicos, intelectuales y afectivos.

Junto a estos cambios encontramos un cierto desconcierto y una cierta tensión que exigen a los adolescentes una adaptación a su nueva situación, adaptación que generalmente se realiza de forma adecuada y satisfactoria, aunque no por ello exenta de problemas.

Como hemos mencionado, estos cambios se producen en todos los ámbitos de la persona (físico, afectivo e intelectual) y en los distintos niveles de relación que los adolescentes mantienen (familia, instituto, grupo de iguales...). Entre los distintos cambios que manifiestan podemos reseñar:

- Una mayor integración social con el grupo de compañeros y compañeras de su misma edad, vinculada a un proceso de emancipación respecto a la familia.
- La aparición de ideas, actitudes y valores propios. Se adquiere una moral autónoma, en la que las normas surgen de la relación de reciprocidad y cooperación.
- La constitución de su propia identidad personal y social. Viven intensamente para sí mismos, elaborando con cierto narcisismo esa identidad. El adolescente necesita de un gran reconocimiento y aceptación para formarse un concepto positivo de sí mismo.
- Se producen importantes cambios intelectuales y cognitivos. Se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de trabajar con operaciones lógico-formales.

La educación que nuestros alumnos reciban debe ayudarles a desarrollar y afianzar el razonamiento hipotético deductivo propio de esta etapa, a constituir su identidad, a aceptar su propio cuerpo y a asentar un autoconcepto positivo con un aceptable nivel de autoestima.

El aprendizaje de toma de decisiones, la resistencia a la presión de grupo, así como la promoción de valores y hábitos saludables deberán ser otros de los objetivos educativos a conseguir.

Por último, la educación para la convivencia, la cooperación y la democracia deben alcanzar su plenitud en esta etapa.

1.2. PREVENCIÓN EN EL MARCO ESCOLAR

1.2.1. ¿POR QUÉ NOSOTROS?

Como educadores, es necesario que nos preguntemos sobre la necesidad y conveniencia de desarrollar acciones preventivas dentro del marco escolar.

Que el abuso de las drogas consideradas legales (tabaco y alcohol) está afectando muy negativamente al desarrollo personal y social de nuestros alumnos es una realidad. La problemática personal, familiar y social que trae como consecuencia el consumo inadecuado de estas sustancias es también clara y evidente. Pero también es evidente que existen otras instituciones y organismos que tienen claras competencias con relación a esta realidad de consecuencias tan negativas.

Por lo tanto, es conveniente que la comunidad educativa se cuestione su misión como agente de prevención para sus alumnos.

Existen muchas y variadas razones que justifican el desarrollo de acciones preventivas desde el marco escolar. Entre ellas podemos destacar:

- La finalidad última de la educación es el desarrollo integral de la persona. Debemos ser conscientes de que los problemas derivados de un uso inadecuado o abusivo del tabaco y del alcohol van a incidir negativamente en la consecución de este objetivo.
- Procurar el máximo desarrollo personal y social de nuestros alumnos exige que nuestra acción no se centre exclusivamente en la adquisición de aprendizajes instrumentales o de tipo académico, sino también en aquellos aprendizajes "para la vida" que permitan a nuestros alumnos la adquisición de estilos de vida saludables.
- La ley que regula el actual sistema educativo (LOGSE) contempla la escolarización obligatoria hasta la edad de los dieciséis años, período que abarca las etapas más importantes de la formación de la personalidad. La

escuela es el marco que puede ofrecer el proceso educativo sistemático y organizado que mejor se adapte a los distintos momentos evolutivos de la persona. Además, la LOGSE establece un marco legal, la Educación para la Salud, donde trabajar la prevención de sustancias nocivas para la salud.

- Los profesores y demás miembros de la comunidad educativa pueden convertirse en agentes de prevención debido a la cercanía e influencia que ejercen sobre sus alumnos.
- La escuela colabora directamente con los padres en la educación de sus hijos, pudiendo, desde esta estrecha relación, orientar a las familias en el desarrollo de una acción preventiva adecuada.
- Los programas de prevención que se desarrollen darán respuesta a realidades y situaciones problemáticas que nuestros alumnos experimentan en su vida cotidiana.

1.2.2. OBJETIVOS GENERALES DE NUESTRA ACTUACIÓN PREVENTIVA

- Fomentar el desarrollo de habilidades y recursos necesarios para enfrentarse de forma adecuada a las situaciones relacionadas con el consumo de tabaco y alcohol, tanto en el inicio como, de producirse éste, posteriormente.
- Promocionar la salud formando actitudes positivas hacia su mantenimiento.
- Estimular actitudes favorables al no consumo.
- Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol e intentar evitar el paso de la experimentación al consumo cotidiano.

(Adaptación de la propuesta "¿Qué queremos conseguir con la prevención escolar?". Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la Comunidad Escolar)

1.2.3. REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA PREVENCIÓN ESCOLAR

Entendemos la actuación preventiva en el marco escolar como la acción planificada por la comunidad educativa encaminada a prevenir los posibles problemas derivados del uso de drogas.

Como ya veremos en el apartado 2.3, existen distintas posibilidades de diseño y desarrollo de estas actuaciones preventivas; pero consideramos importante que todas ellas reúnan o contemplen los siguientes requisitos:

A) TOMAR CONCIENCIA DE LA NECESIDAD DE INTERVENIR ESCOLARMENTE

La fase inicial de nuestra actuación preventiva debe ser tomar conciencia clara de la necesidad de intervenir escolarmente en la prevención del consumo de tabaco y alcohol.

Como hemos visto anteriormente, existen razones suficientes para actuar preventivamente desde el entorno educativo. Asumir esas razones, valorar positivamente la capacidad de influencia que posee el entorno escolar, considerar que nuestra aportación puede y debe contribuir positivamente a potenciar aquellas variables personales y sociales que actúan como factores de protección son pasos que constituyen una fase previa e imprescindible para el diseño y posterior desarrollo de actuaciones preventivas.

Esta toma de conciencia, ese "ser conscientes" de la necesidad de abordar desde una óptica educativa el consumo de tabaco y alcohol, se realiza, como en todo proceso de toma de decisiones, de forma paulatina y progresiva. Se debe desarrollar dentro de un proceso de discernimiento y valoración que como profesionales de la educación debemos realizar:

- *Asumir que educar en el no consumo o en el consumo responsable de estas sustancias es tarea de todo educador.*
- *Asumir que existe una demanda social que requiere una respuesta adecuada desde el entorno escolar y que es labor nuestra atenderla en la medida de nuestras posibilidades.*
- *Asumir que una educación integral lleva implícitos los principales componentes de la prevención.*

Es una labor **necesaria en todo enseñante** que además se sienta educador.

Junto a estos planteamientos más generales, conceptuales o ideológicos nos encontraremos en nuestro proceso de toma de decisiones con otros aspectos que sin duda deberemos tener en cuenta:

- ¿Qué implicaciones organizativas conlleva el desarrollo de actuaciones preventivas?

- ¿Puede suponer su desarrollo una sobrecarga a los ya "sobrecargados" programas escolares?
- ¿Qué tratamiento educativo debe darse a la prevención o desde qué áreas se debe intervenir?
- ¿Nos consideramos suficientemente formados para acometer este tipo de iniciativas?

Todos estos interrogantes, y otros más que deben surgir dentro de una decisión de estas características, son los aspectos que como educadores nos llevarían a una toma de postura ante la necesidad de posibilitar un tratamiento educativo del consumo nocivo del tabaco y el alcohol.

B) INFORMARNOS Y FORMARNOS ADECUADAMENTE

Si en nuestro proceso de toma de decisiones es el aspecto de nuestra formación el que estamos valorando, deberemos tener en cuenta que un nivel de formación básico es imprescindible a la hora de diseñar y desarrollar acciones preventivas. Ésta es una demanda sentida y manifestada por todos los docentes que han optado por incluir en su labor educativa la prevención de sustancias nocivas para la salud.

Una formación acorde con estos planteamientos debe proporcionarnos entre otros aspectos los siguientes:

- *Adquirir los conceptos básicos relacionados con el consumo de tabaco y alcohol.*
- *Facilitar la comprensión de la problemática asociada a dicho consumo.*
- *Posibilitar la unificación de criterios de actuación, valorando los distintos enfoques, modalidades y niveles de actuación.*
- *Facilitar el diseño e implementación de acciones preventivas.*
- *Proporcionar habilidades y recursos educativos relacionados con la adquisición y desarrollo de habilidades tendentes a la resolución de conflictos.*

Por todos es conocida la existencia de distintas modalidades de formación: ***autoformación, formación presencial con ponentes externos y participación en los distintos programas de salud o de prevención*** que desde distintas instituciones educativas y sociales se

vienen ofertando (Ministerio de Educación y Cultura, Comunidades Autónomas, Organizaciones no gubernamentales, Ayuntamientos, etc.).

Este abanico de posibilidades formativas nos permitirá optar por aquella que se adapte mejor a nuestras necesidades. El requerimiento de una formación previa y básica puede satisfacerse de distintas maneras, existiendo también distintas combinaciones que permiten una mejor adaptación a las necesidades y características particulares de cada grupo de educadores.

C) PARTIR DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO Y DE LA REALIDAD DE NUESTROS ALUMNOS

Previo al diseño de nuestra intervención educativa parece lógico y necesario realizar una reflexión sobre el entorno o contexto social donde se va a desarrollar dicha intervención.

Cualquier diseño educativo debe tener como referencia el marco social donde se va a intervenir. Es por tanto necesario realizar un análisis de esta realidad, que nos permita establecer unos objetivos educativos adaptados a un entorno educativo concreto.

La finalidad última de este análisis será lograr el mayor conocimiento posible de la realidad en la que vamos a intervenir, destacando aquellos factores físicos, sociales, económicos y culturales que pueden actuar como factores de protección o de riesgo para nuestros alumnos.

Es necesario decir también que, sin un análisis previo de la realidad, difícilmente podremos realizar una evaluación de los resultados de nuestra intervención.

PRINCIPALES ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

Entre los aspectos o variables que pueden ser analizados en este análisis previo podemos destacar:

- Los referentes al **entorno** en el que se va a desarrollar el proyecto: entorno físico, nivel económico y sociocultural, problemática con respecto al consumo de drogas, ofertas de ocio y tiempo libre con que cuenta, recursos comunitarios de que dispone, grado de organización comunitaria, demandas explícitas e implícitas de la población, etc.

- Los referentes a la **institución** en la que se trabaja (en nuestro caso, el centro escolar): los principios que la inspiran, la organización interna, los recursos, las relaciones que tiene con su entorno, etc.
- Los referentes a los **grupos** con los que se interviene. Se trataría de analizar las características propias de cada grupo.
- Los referentes a los **recursos** humanos, materiales y financieros con los que se cuenta (los que se tienen y los que se podrían conseguir).[1]

Es muy probable que la mayor parte de esta información se encuentre ya recogida en algunos de los documentos organizativos del centro; en concreto nos estamos refiriendo al Proyecto Educativo de Centro (PEC). Si esto es así, nuestra labor consistirá en revisar dicha información aprovechando aquella que consideremos válida. Si se estima necesario, deberemos establecer los cauces de recogida de información necesarios para conseguir la información de la que carecemos.

Por último, consideramos necesario afirmar que el desarrollo de esta fase de análisis nunca debe suponer un freno a la decisión de realizar en nuestro centro actividades de carácter preventivo. La aparente dificultad que puede plantear este estudio del entorno debe ser solventada con un planteamiento lógico y práctico, dedicando al mismo el tiempo y el esfuerzo que consideremos estrictamente necesario para iniciar nuestro diseño.

D) DISEÑAR NUESTRA ACCIÓN PREVENTIVA

Hablar a un docente de la necesidad de diseñar o programar su actuación parece obvio e innecesario.

Como educadores, somos conscientes desde la teoría y desde la práctica de que nuestra labor educativa es más eficaz cuando mejor planificada está, y que actuar de un modo sistemático y ordenado produce siempre mejores resultados que el realizarlo de forma improvisada y asistemática.

[1] Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (**G.I.D**). *Materiales de formación en prevención de drogodependencias*. Módulo Contenidos Generales, P.P.D., Ministerio de Educación y Ciencia, Comunidad de Madrid y Ayuntamiento de Madrid,1995.

Cuando planificamos, realizamos una previsión completa de nuestro plan de acción. Con nuestras programaciones podemos prever con antelación todo aquello que pretendemos conseguir y cómo conseguirlo.

Como ya hemos mencionado, la prevención del consumo de tabaco y alcohol debe ser considerada un contenido más del tema transversal "Educación para la Salud". Así, el diseño de nuestras acciones preventivas deberá tener varios marcos de referencia:

1. Curriculum Oficial, responsabilidad de la Administración Educativa y en el que se definen los objetivos, contenidos y criterios de evaluación para cada una de las áreas.
2. Proyecto Educativo de Centro (PEC); en él se define el estilo educativo propio de cada centro, poniendo de manifiesto, entre otros aspectos, las prioridades educativas del mismo.
3. Proyecto Curricular de Etapa; en él deberá enmarcarse nuestra acción preventiva, reflejando los objetivos, contenidos, metodología y criterios de evaluación de nuestro programa de prevención.
4. Programación de Aula, que permitirá adaptar el diseño realizado a las características particulares del grupo clase.

E) COORDINACIÓN CON OTROS AGENTES DE PREVENCIÓN

Una opción que consideramos conveniente que el equipo de profesores se plantee es la posibilidad de dar cabida, dentro del desarrollo de nuestra actividad preventiva, a otras instituciones sociales y comunitarias que tengan vinculación con la realidad social de nuestros alumnos y que al mismo tiempo puedan reforzar o potenciar nuestra intervención preventiva.

Estamos convencidos de que la participación de otras instituciones puede enriquecer poderosamente la labor a desarrollar con nuestros alumnos.

Nos estamos refiriendo a organismos o instituciones que comparten con el centro escolar la responsabilidad de proporcionar a los adolescentes espacios y ámbitos de desarrollo personal y social. Entre ellas podemos destacar las siguientes: ayuntamientos (a través de sus distintas concejalías, equipos técnicos, mesas de salud, etc.), organizaciones juveniles, animadores sociocomunitarios, centros de salud, parroquias, etc.

Esta colaboración con otras instituciones puede darse en las distintas fases de nuestra actuación preventiva. Así podemos destacar:

1º) FASE DE ANÁLISIS DEL CONTEXTO

La aportación de este tipo de instituciones en esta fase puede ser de gran valor. Normalmente pueden proporcionar información variada y en muchos casos muy especializada (unidades de toxicomanía, centros de salud...).

2º) FASE DE DISEÑO

Su intervención en esta fase puede favorecer la total integración de la/s institución/es en la actividad preventiva. Sus aportaciones en esta fase pueden proporcionar a nuestro diseño una dimensión más amplia en el tiempo y en el espacio, ya que permitiría el diseño de actividades o propuestas de intervención que superen el contexto puramente escolar. Con relación a las actividades de ámbito escolar, éstas pueden verse apoyadas o realizadas por especialistas de otros ámbitos de la salud y de la promoción social.

3º) FASE DE DESARROLLO

Su participación en esta fase estará determinada por el tipo de actividades diseñadas y por el reparto de responsabilidades realizado en la fase anterior.

4º) FASE DE EVALUACIÓN

Será la consecuencia lógica de su colaboración o participación en las anteriores fases.

Si bien estamos manifestando las posibles ventajas que una colaboración con otras instituciones u organismos puede tener para el desarrollo de nuestra actuación preventiva, creemos conveniente afirmar que este tipo de colaboraciones debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Debe responder a un convencimiento pleno de todas las instituciones participantes, de los beneficios y ventajas que las mismas pueden tener para la actuación preventiva.

- La función de cada institución y su aportación al proyecto deben estar claramente definidas, siendo conocidas y asumidas por todos los miembros participantes.
- Los cauces, medios y niveles de colaboración deberán estar igualmente explicitados.

Tener presente estos aspectos o consideraciones va a suponer una garantía de éxito para nuestra iniciativa y permitirá, con toda seguridad, superar posibles miedos o recelos profesionales que, por desgracia, aparecen con excesiva frecuencia, convirtiéndose en la causa principal del fracaso de este tipo de iniciativas.

F) EVALUAR NUESTRA ACTUACIÓN PREVENTIVA

Un aspecto fundamental en la elaboración de todo proyecto educativo es la evaluación. Por lo tanto, también en nuestro proyecto de prevención será necesario delimitar la forma en que ésta se va a llevar a cabo y en qué momentos se considera más adecuado realizarla.

TIPOS DE EVALUACIÓN:

A) Evaluación del Diseño:

Con este tipo de evaluación deberemos analizar si la actuación preventiva que queremos desarrollar está bien diseñada y si cumple los requisitos necesarios para lograr los objetivos que nos hemos propuesto. La información que deberemos recabar en esta fase deberá hacer referencia a aspectos como:

- ***Definición de los objetivos***:

  ¿Están claramente definidos?

  ¿Responden a las intenciones educativas?

  ¿Están bien temporalizados?

- ***Destinatarios y participantes en el programa:***

  ¿Están claramente definidos los destinatarios de nuestra intervención?

  ¿Está claramente definida la función que deben desempeñar los distintos participantes en el proyecto?

  ¿Están reflejados los cauces de participación y coordinación?

- ***Apartados y elementos del programa***:

  ¿Existe coherencia entre los distintos apartados del programa?

B) Evaluación del Proceso:

Esta evaluación nos permitirá recoger información sobre el funcionamiento del proyecto. Para ello presentamos algunos indicadores:

1. Participación de los distintos sectores de la comunidad educativa

1.1. Profesorado:

Implicación del claustro.

¿Qué grado de coordinación existe entre los ciclos educativos?

¿Qué grado de interés y participación existe en el proyecto?

1.2. Alumnado:

¿Muestran interés hacia el proyecto?

¿Participan activamente en las actividades?

¿Expresan buen grado de satisfacción?

1.3. Padres/Madres:

¿Se sienten motivados y muestran interés hacia el proyecto?

¿Colaboran cuando se les solicita ayuda?

2. Colaboración de personas e instituciones externas en el desarrollo del proyecto

¿Qué instituciones y entidades participan?

¿Qué grado de participación se está obteniendo?

¿Existe una buena coordinación en actividades organizadas conjuntamente?

3. Recursos puestos a disposición del proyecto

¿Existe algún tipo de asignación económica?

¿Se adecua a las necesidades del proyecto?

¿Se han utilizado en buen grado los recursos didácticos, documentación, audiovisuales...?

C) Evaluación de los resultados o sumativa:

Se desarrolla al final del proceso y deberá responder a preguntas del tipo:

- ¿Hasta qué punto se han conseguido los objetivos propuestos?
- ¿Se ha logrado el cambio deseado?
- ¿Se han producido otros efectos? ¿Cuáles?
- ¿Se ha obtenido un buen grado de satisfacción?

Las principales técnicas que guiarán este proceso serán:

- La observación directa sobre el proceso de puesta en práctica del proyecto.
- Técnicas participativas de análisis: se tratará de recoger todo tipo de sensaciones y opiniones de los participantes.
- Cuestionarios, tests o exámenes.
- Cuestionarios y escalas de psicología social.

1.3. DISTINTAS FORMAS DE HACER PREVENCIÓN EN EL MARCO ESCOLAR

Como parece lógico y normal, las distintas acciones preventivas desarrolladas en los centros van a estar condicionadas, principalmente, por el número de profesores comprometidos en las mismas.

Es posible que el número de profesores motivados en la prevención del consumo de tabaco y alcohol de un centro permita diseñar una actuación preventiva destinada a todos los alumnos de primer ciclo de la ESO o extensible a todos los alumnos de la etapa; pero también puede ocurrir que el número de profesores animados a desarrollar esta labor educativa no sea tan amplio y su intervención tenga una extensión más reducida.

Con relación a esta posible situación, queremos afirmar que desde nuestro criterio toda labor preventiva, tenga la extensión que tenga, debe ser considerada como positiva y debería ser apoyada desde los órganos de dirección del centro.

Un aspecto importante, que nos lleva a animar este tipo de actuaciones, al margen del beneficio educativo que suponga para los alumnos, es el carácter dinamizador y de "extensión" que las acciones preventivas pueden tener dentro del centro educativo.

Si bien es cierto que este tipo de acciones más aisladas puede encontrar dificultades de organización y de coordinación a distintos niveles, una vez superadas dichas dificultades, las acciones preventivas desarrolladas pueden suponer un ejemplo a seguir por el resto de los compañeros.

Consideramos que la manera más idónea de planificar una actuación preventiva en el marco escolar es a través de un proyecto de prevención para el centro. Un proyecto que permita y favorezca la implicación de todos los miembros de la comunidad educativa (profesores, padres, alumnos, personal no docente), personal educativo de apoyo a la escuela (CPR, EOEP), así como otros agentes preventivos de la comunidad (técnicos municipales en prevención, animadores socioculturales, organizaciones juveniles, etc.). Es lógico pensar que un proyecto de estas características exigirá una clara definición de las funciones que debe desarrollar cada sector que interviene en el mismo, así como los cauces de participación y coordinación necesarios.

Nuestra actuación preventiva puede llevarse a cabo en distintas situaciones educativas. La elección de las mismas dependerá del profesorado responsable de su desarrollo y lógicamente vendrá determinada por el diseño de dicha intervención.

TRATAMIENTO INTERDISCIPLINAR

Permite desarrollar nuestra intervención desde las distintas áreas curriculares. Los contenidos establecidos para cada una de las áreas de la Educación Secundaria Obligatoria (Diseño Curricular Base) permite abordar la prevención desde los contenidos propios de cada asignatura. En las mismas se incluyen aspectos relacionados con la salud, los valores y el ocio. Nuestra intervención exigirá una adaptación del Proyecto Curricular de Etapa y de nuestras Programaciones de Aula a las nuevas intenciones educativas.

Un tratamiento interdisciplinar preventivo dentro del aula implicaría:

- El diseño de Unidades Didácticas específicas dirigidas a prevenir el consumo de tabaco y alcohol o la inclusión de los contenidos de carácter preventivo en las unidades ya elaboradas, y
- El desarrollo de metodologías adecuadas y potenciadoras de capacidades y recursos personales relacionadas con las posibles situaciones de consumo.

PLAN DE ACCIÓN TUTORIAL

La tutoría debe contemplarse como un espacio idóneo para el desarrollo de actuaciones preventivas. Existen en la actualidad abundantes publicaciones que recogen programas de prevención dentro de los planes de acción tutorial.

Desarrollar acciones preventivas desde la tutoría requerirá el diseño de un programa de intervención a nivel tutorial.

ÁREAS Y TUTORÍAS. UNA ACTIVIDAD COORDINADA.

Las actividades de naturaleza preventiva pueden llevarse a cabo de forma coordinada dándole un tratamiento curricular y tutorial a la vez.

Este tipo de tratamiento requerirá la elaboración de un programa de intervención coordinado.

1.4. LA FAMILIA Y SU IMPLICACIÓN EN LA ACTIVIDAD PREVENTIVA

¿Es necesaria la participación de las familias para el adecuado desarrollo de nuestra acción preventiva?

¿Qué grado o nivel de participación pueden o deben tener? ¿Cómo conseguirlo?

¿Cuál es mi función o papel en relación con esta posible participación?

Estos u otros interrogantes parecidos suelen surgir siempre que los docentes nos planteamos dar cabida a los padres en aquellas actividades o acciones que planificamos.

Dar una respuesta afirmativa a las cuestiones relativas al diseño y desarrollo de acciones preventivas va a permitir incorporar a nuestra actividad un factor o elemento que puede resultar de gran ayuda.

Todos estaremos de acuerdo en que la influencia de la familia es determinante en la construcción de la personalidad e identidad de nuestros alumnos y que ésta influye poderosamente en la adquisición de las pautas de relación que van a mantener con sus iguales y con el mundo adulto.

De igual forma, somos conscientes de que en la adquisición de valores y hábitos la familia tiene un papel relevante.

Apoyados en estas consideraciones, nos atrevemos a afirmar que la participación de los padres en el desarrollo de este tipo de iniciativas es fundamental para la consecución de los objetivos fijados.

Es cierto que muchas de las actividades que planteamos en esta propuesta de trabajo pueden desarrollarse estrictamente dentro del marco escolar y sin la implicación directa de las familias; pero también es cierto, por lo menos así lo entendemos nosotros, que la eficacia de las mismas será mucho mayor si contamos con la colaboración de los padres.

DISTINTAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN Y COLABORACIÓN DE LOS PADRES EN EL DISEÑO Y DESARROLLO DE ACCIONES PREVENTIVAS

Con una adecuada participación o colaboración de los padres en el tratamiento preventivo, estaremos consiguiendo un apoyo o refuerzo a nuestra intervención de inestimable valor. Una participación bien orientada nos ofrece mayores garantías de éxito, ya que con la misma estaremos incorporando a nuestra acción la colaboración de uno de los grupos sociales de mayor referencia e influencia para nuestros alumnos.

Incidir en nuestro objetivo último, la prevención del consumo de tabaco y alcohol, desde el ámbito escolar y desde el ámbito familiar parece, a nuestro entender, la postura más lógica y racional que como educadores debemos adoptar.

La participación de los padres suele estar condicionada por los siguientes aspectos:

1. La naturaleza y el tipo de acción preventiva diseñada.
2. La adecuada definición del papel que los padres deben desempeñar en el desarrollo de acciones preventivas y de los distintos cauces de participación que se establezcan.
3. La actitud que el profesorado mantiene ante la participación de los padres en el desarrollo de actividades escolares.
4. La mayor o menor costumbre de participar en la vida escolar que tengan los padres del centro.

Expliquemos estas afirmaciones:

1. Es lógico pensar que el tipo de actuación diseñada va a determinar el grado de participación de los padres en la misma. Si nuestra actuación contempla la implicación de toda la comunidad educativa, es lógico pensar que los padres tengan, dentro del diseño realizado, un papel claramente definido y unos cauces de participación suficientemente explícitos. *Definir claramente sus funciones y cómo éstas pueden desarrollarse constituye la mejor garantía de que esta participación responda a los objetivos de la misma:*

- Reforzar y apoyar la labor educativa del profesorado.
- Realizar desde el ámbito familiar una adecuada labor preventiva.
- Posibilitar una actuación coordinada entre padres y profesores que favorezca la consecución de los objetivos educativos propuestos.

2. Conocer, comprender y asumir el papel que le corresponde desarrollar a cada miembro de la comunidad educativa evitará también la aparición de posibles recelos o malos entendidos, que suelen surgir cuando no están suficientemente claras las funciones y los ámbitos de intervención que les corresponde a cada miembro de dicha comunidad.

3. Otro factor que va a determinar la mayor o menor participación de los padres en la labor preventiva es la actitud o motivación que el profesorado tenga hacia la misma. Al profesorado le corresponde ofrecer los cauces de participación, hacer explícito de forma clara lo que se espera de esta colaboración y apoyar, en la medida de lo posible, las posibles actuaciones que desde el ámbito familiar se desarrollen. Todo esto será posible si el profesorado ha descubierto la valiosa aportación que las familias pueden prestar a su labor educativa.

4.- Por último, debe destacarse que la participación de los padres en esta actuación preventiva será más fácil y positiva, si han existido previamente en el centro experiencias de participación bien valoradas por ambos sectores de la comunidad educativa.

NIVELES DE PARTICIPACIÓN

La relación con los padres y su participación en la actuación preventiva puede desarrollarse a distintos niveles:

- NIVEL INFORMATIVO:

  Entendemos que es primordial dar a conocer a los padres el programa de prevención diseñado: su finalidad, las razones que nos han llevado a incidir en este contenido educativo, cómo lo vamos a desarrollar y, si se contempla en nuestra planificación, el nivel de participación que esperaríamos de ellos.

CAUCES DE INFORMACIÓN:

- *Reuniones informativas: por tutorías, niveles, ciclos o etapas.*
- *Circulares informativas.*
- *Carteles y murales.*
- *Revistas o folletos del centro.*
- *Periódicos locales.*
- *Hojas informativas periódicas.*

♦ NIVEL FORMATIVO:

Al igual que hemos incidido en la necesidad de que el profesorado recibiera una formación inicial en relación con el tema que nos ocupa, consideramos que los padres deben recibir también una formación básica que les permita desarrollar adecuadamente su labor preventiva en el entorno familiar.

Somos conscientes de que la formación de los padres no es responsabilidad del profesorado, ya que existen para ello otras entidades o instituciones entre cuyos cometidos se encuentra la atención a las necesidades de formación que se demandan desde el sector familiar. Entre ellos destacaríamos las AMPAs y los Ayuntamientos, responsables en última instancia de la creación de las escuelas de padres.

Aunque queda claro que el profesorado no es responsable de la formación de los padres, sí es posible que les proporcione o facilite distintos cauces o medios de formación. Entre ellos podemos destacar: charlas informativas, debates o coloquios; préstamo de material formativo: revistas, libros, folletos, vídeos formativos...; facilitar la visita a exposiciones o certámenes, etc.

♦ NIVEL DE PARTICIPACIÓN:

En el diseño de la actuación preventiva pueden existir actividades que requieran la participación de los padres. La colaboración en las mismas es una forma eficaz de apoyar desde el entorno familiar la labor realizada por el equipo de profesores.

También sería deseable que los profesores participaran o colaboraran en aquellas actividades desarrolladas por los padres en las que soliciten su cooperación.

Por último, hemos de destacar un aspecto que consideramos puede favorecer poderosamente la participación de los padres en los proyectos de prevención: la creación de un grupo de trabajo formado por representantes de los distintos sectores educativos: profesores, padres, alumnos y entidades colaboradoras.

Este grupo se constituiría con una doble finalidad:

- Asumir la responsabilidad de animar y dinamizar la participación de los padres en el desarrollo del proyecto. Su actividad se concretaría en la elaboración de un "programa de actividades" para padres.
- Favorecer una actuación coordinada de todos los sectores que forman la comunidad educativa.

2. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

2.1. ALCOHOL

2.1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Las referencias históricas relacionadas con el alcohol son muchas, al haber estado ligado al desarrollo de la civilización humana desde hace más de 10.000 años, momento en el que los hombres aprendieron a fabricar vasijas en las que fermentaban granos y frutas machacadas.

Es de reseñar que los griegos y los romanos dedicaron al alcohol alguno de los dioses de su mitología (Dionisios y Baco), e incluso en los códigos legales ya aparecieron preceptos sobre venta y uso de las bebidas alcohólicas.

También la cultura cristiana contribuyó a su difusión. En la Edad Media, los conventos de monjes contribuyeron en gran medida a la introducción y difusión de las llamadas bebidas "espirituosas" (licores).

Desde su prohibición por la religión islámica, a pesar de que la cultura árabe introdujo la destilación, podemos mencionar también históricamente serios intentos para suprimir su consumo como los movimientos antialcohólicos norteamericanos que se iniciaron a mediados del siglo XIX y que culminaron en 1919 con la imposición de la Ley Seca por las autoridades federales, ley abolida en 1933 como consecuencia de la depresión económica.

2.1.2. ¿QUÉ ES EL ALCOHOL?

Cuando hablamos de alcohol nos referimos generalmente al etanol o alcohol etílico, por ser el constituyente fundamental de las bebidas alcohólicas. Éstas son de dos tipos:

BEBIDAS FERMENTADAS

La fermentación es un proceso natural mediante el cual un fruto o grano (uva, manzana, cebada) se transforma en bebida alcohólica. Este proceso requiere unas determinadas condiciones físico-químicas y la presencia de bacterias-levaduras que transforman el azúcar de la fruta en una serie de sustancias, entre ellas el alcohol etílico o etanol.

Su contenido de alcohol es más bajo que el de otras bebidas. Dentro de este grupo están el vino, la cerveza y la sidra.

BEBIDAS DESTILADAS

Se obtienen, mediante un proceso artificial, destilando una bebida fermentada. Este procedimiento consiste en separar por medio del calor una sustancia volátil (alcohol) de otras más fijas, enfriando luego su vapor para reducirla nuevamente a líquido. De esta forma puede aumentarse la concentración de alcohol puro. Dentro de este tipo de bebidas están el whisky, ron, brandy, ginebra, licores y aguardientes.

2.1.3. CONSUMO DE ALCOHOL

En la actualidad, el consumo de bebidas alcohólicas es uno de los principales determinantes del estilo de vida de la población española. De hecho, en 1995 España era el quinto país en consumo mundial de alcohol, con 9,5 litros de alcohol puro *per capita*.

Existe una amplia variedad de pautas de consumo en relación con diversas variables de las cuales el sexo y la edad son claves fundamentales. Actualmente el fenómeno del consumo y abuso de alcohol en la población juvenil ha adquirido unas dimensiones importantes en nuestra sociedad, pasando a constituir una de las mayores preocupaciones de la misma.

Hay un hecho que diferencia al alcohol de otras sustancias: vivimos en un medio sociocultural en el que la excepción es no consumir alcohol. Nuestro entorno favorece, claramente el consumo de alcohol, lo que no ocurre con ninguna otra droga. Decimos por tanto que el alcohol es la droga más utilizada en nuestro país, pero queremos recalcar la importancia de que a pesar de la creencia popular que asegura que todo el mundo bebe de vez en cuando, ***son muchos los que apenas prueban el alcohol***.

Según la última encuesta sobre drogas realizada a la población escolar no universitaria por Plan Nacional sobre Drogas **(PND)** en **1996 a una población escolar de 14 a 18 años:**

- El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por los estudiantes españoles de 14 a 18 años. El 81,7% había consumido alcohol en los 12 meses previos a la encuesta. El 66% había consumido alcohol en el mes

anterior a la encuesta; el 46% de los estudiantes habían consumido bebidas alcohólicas exclusivamente durante los fines de semana, y el 19% durante los fines de semana y días laborables.

- La prevalencia e intensidad del consumo aumenta con la edad. El 39,9% de los estudiantes de 14 años habían consumido alcohol en el último mes (con una media de consumo por día del fin de semana de 39 cm^3 de alcohol puro), porcentaje que asciende al 84,4% a los 18 años.
- No hay diferencias en la proporción de consumidores según el sexo, pero los chicos beben con más intensidad que las chicas (71 cm^3 de alcohol puro, cada día durante los fines de semana los chicos, y 47 cm^3 las chicas).
- La cerveza y los combinados son las bebidas más consumidas por los estudiantes.
- El 41% de los estudiantes se ha emborrachado alguna vez en su vida, y el 21% lo ha hecho durante el mes previo a la encuesta.

Datos que coinciden con los aportados por Mendoza y colaboradores, en la última encuesta a escolares de 11, 13, 15, 17 y 18 años, realizada en 1994. Dicha encuesta que periódicamente se ha venido realizando en nuestro país en el marco del estudio auspiciado por la OMS, sobre conductas de los escolares relacionados con la Salud (*Health Behaviour in School age Children o HBSC):*

- El 84% del alumnado de las edades estudiadas manifestó haber probado uno o varios tipos de bebidas alcohólicas. El 21% las consume regularmente (al menos una vez a la semana). Este tipo de consumo regular es algo más frecuente entre los chicos (24%) que en las chicas (19%). El 46% del alumnado de 18 años consume bebidas alcohólicas regularmente y el 66% se ha embriagado una o más veces.

Actualmente el hábito de consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes españoles se encuadra en el llamado "modelo nórdico", modelo cada vez más frecuente en nuestra sociedad y que adquiere entre los jóvenes un perfil más intenso, siendo las características más destacables del consumo juvenil de alcohol las siguientes:

- *Reducción de la edad de inicio en dicho consumo*. La edad de inicio es un importante factor de riesgo, puesto que tiene una influencia determinante en las pautas y hábitos de consumo de alcohol. Cuanto más tem-

prana es la edad de inicio, más asiduamente y en mayor cantidad se ingieren bebidas alcohólicas. Además, cuanto antes se empieza a beber, mayor probabilidad tienen los jóvenes de convertirse en bebedores de riesgo.

- *Consumo principalmente de fin de semana.*
- *Se bebe especialmente por la tarde/noche.* El contexto de consumo de alcohol juvenil se realiza fuera de casa, en la calle y en los espacios donde se producen las relaciones sociales de los jóvenes, lugares de encuentro y diversión y se realiza en el grupo de iguales, mientras que la norma en el ámbito familiar es el no consumo de bebidas alcohólicas. *El consumo habitual de los menores está fuera del entorno familiar.*
- *Se consume principalmente cerveza*, observándose un consumo creciente de bebidas destiladas, principalmente a través de mezclas y combinados.
- *El porcentaje de abstemios entre los jóvenes se ha incrementado.* Parece que este aumento del porcentaje de abstemios se produce más en los hombres que en las mujeres, si bien la cantidad de alcohol consumida por los que siguen bebiendo se ha elevado notablemente, por lo que aumenta el porcentaje de bebedores de riesgo en estos grupos de edad.
- Las ***motivaciones*** más frecuentes son: **mejorar la comunicación con los demás, evasión, celebraciones, fiestas, deseo de integrarse en el grupo, afirmar la virilidad o demostrar la liberación y derecho a la igualdad, y al placer de beber.**
- Hay que señalar que están apareciendo nuevas motivaciones para el consumo, destacando **la búsqueda de los efectos psicoactivos del alcohol.**

Dejando a un lado los posibles contactos esporádicos con el alcohol ocurridos durante la infancia, el ***inicio y el mantenimiento del consumo del alcohol*** depende de cómo sean ***la influencia del entorno,*** **reflejada especialmente por el comportamiento del grupo de iguales y la actitud de la familia*, la situación concreta en la que se produce el consumo así como las características y recursos personales.***

La primera ocasión de consumo no es, casi nunca, el resultado de una decisión personal, sino que suele ser la respuesta a una invitación. El adolescente ya

sabe lo que puede esperar del alcohol y, además, la experiencia suele ser positiva porque le habrá servido para identificarse, para ser uno más del grupo.

Este resultado positivo favorece nuevas ocasiones, especialmente si el consumo de alcohol es algo habitual en el grupo. Irán apareciendo esas nuevas oportunidades y, poco a poco, el consumo se hará algo cotidiano. ***El hábito de consumo de alcohol no se forma de la noche a la mañana, sino que es una suma de conductas de consumo que, en la mayoría de los casos, comienzan por inercia, sin una reflexión previa dentro de un entorno favorecedor.***

La construcción del hábito de consumo de alcohol se verá forzada en la medida en que el adolescente aprenda que el alcohol le sirve, al menos a corto plazo, para evitar situaciones negativas (por ejemplo vencer la timidez, calmar los nervios), o para obtener o intensificar sensaciones positivas (pasarlo bien, desinhibirse, sentirse a gusto con su grupo, tener sensación de euforia, etc.). Esta "utilidad" del alcohol depende de lo que el adolescente haya aprendido a esperar del alcohol, y de que no desarrolle otras capacidades alternativas para conseguir esos resultados que se esperan de su consumo.

Pasado el consumo ocasional, es frecuente que los adolescentes y jóvenes mantengan, dentro del grupo de iguales, un nivel alto de consumo de alcohol. Este nivel tiende a moderarse y estabilizarse a medida que el joven construye su propia personalidad, se hace más independiente del grupo de iguales y desarrolla su propio autocontrol.

La mayoría de las personas somos capaces de encontrar medios para hacer frente a las dificultades sin recurrir al alcohol, y de descubrir otras actividades que también nos resultan placenteras y gratificantes.

Pero conviene tener presente que esta moderación del consumo no ocurre en todos los casos y la probabilidad de que se produzca es menor cuanto más elevado es el nivel de consumo en la adolescencia y la juventud.

En nuestra sociedad el consumo de alcohol es una conducta muy habitual. Además, el hecho de que los adolescentes y jóvenes consuman alcohol no es ninguna novedad. Pero sí hay algo que está cambiando: la forma en que los adolescentes y jóvenes consumen alcohol. Y este cambio de forma encierra importantes cambios de fondo.

Tradicionalmente, los jóvenes han consumido alcohol incluso de forma excesiva, pero en líneas generales se ajustaban al uso sociocultural del alcohol como fa-

cilitador de las relaciones sociales. *En la actualidad, y sin abandonar totalmente este modelo, muchos adolescentes y jóvenes están consumiendo alcohol para conseguir efectos más concretos, como: desinhibirse, hacer cosas a las que no se atreverían sin el alcohol, modificar sus características o su situación personal, etc.; los motivos subjetivos de consumo están empezando a tener más peso que los motivos sociales. Se busca, como en otras drogas, la transformación temporal que proporciona la sustancia.*

Son cinco los factores ambientales considerados determinantes de este consumo:

- La disponibilidad social del alcohol.
- La aceptación social de su consumo, minimizando y/o desatendiendo sus efectos perniciosos.
- El balance a favor del refuerzo social de la ingesta de alcohol, frente a conductas antagónicas al consumo de alcohol.
- La escasez de alternativas gratificantes.
- El balance a favor de modelos atractivos de consumo de alcohol provocado por una publicidad asociada a un amplio conjunto de valores positivos (armonía, sociabilidad y liderazgo, alegría, placer, diversión, éxito).

Como factores individuales añadidos hay que señalar la percepción del riesgo y la percepción positiva derivada del uso. En los adolescentes la percepción del riesgo ante el alcohol es menor que para otras drogas. En realidad, lo que identifica y diferencia el consumo de alcohol por los adolescentes son los modos y actitudes seguidas en ese consumo, en la medida en que responden a pulsiones, actitudes y necesidades muy relacionadas con su personalidad. Entre ellas destacan:

- **LA GRUPALIDAD.**

  A medida que aumenta la edad y la frecuencia del consumo, éste se traslada al entorno de amigos. Los jóvenes buscan su identidad y construyen su personalidad entre sus iguales. Por otro lado, las pandillas o grupos actuales se caracterizan, a diferencia de los tradicionales (definidos por una cierta estructuración y fidelidad), por ser más abiertos, flexibles, e informales, sirviendo de marco de encuentro e intercambio, al mismo tiempo que permiten "que cada uno vaya a su aire". Esta flexibilidad, este estar y no estar, permite a los jóvenes aguantar en grupo más tiempo, y no hay que olvidar que es el GRUPO el marco en el que se produce un mayor consumo.

- **LA SIMETRÍA.**

  La cantidad de alcohol consumida por un adolescente parece depender de la cantidad que ingieran los compañeros, por lo que la voluntad de dominio o control sobre la propia ingesta se supedita a la presión grupal.

- **LA EXPERIMENTACIÓN.**

  El grupo ofrece la suficiente seguridad como para que el menor pueda desplazar la relación de simetría de un plano interpersonal a un plano intrapersonal (probarse a sí mismo). Confluyen en él una serie de rasgos suficientemente estudiados, que contribuyen directamente a la intensidad de la ingesta (atracción por el riesgo como un modo de conocer y ampliar los límites, falsa conciencia de invulnerabilidad etc.).

2.1.4. ¿CÓMO MEDIR EL ALCOHOL QUE BEBEMOS?

El grado alcohólico es el porcentaje de etanol contenido en una bebida para un volumen dado de la misma.

Cuando decimos que un vino tiene 12 grados alcohólicos queremos decir que en 1 litro de ese vino hay 120 ml de alcohol puro o un 12% de alcohol.

Es importante reflexionar sobre la cantidad de alcohol que ingerimos. Para saber la cantidad de alcohol puro de una bebida puede utilizarse la fórmula siguiente:

$$\text{Gramos de alcohol} = \frac{\text{Capacidad en milímetros x Graduación alcohólica.}}{100} \times 0{,}8$$

Siendo 0,8 el peso específico del etanol.

Ejemplo: En media botella de vino hay 48 gramos de alcohol puro

Gramos de alcohol = 500 x 12 x 0,8 / 100 = 48 gr

Otro método que se utiliza para calcular el consumo de alcohol es el basado en **unidades** (*drinks*). Cada unidad equivale a 8-10 gramos de alcohol.

Para una rápida valoración del alcohol consumido podemos utilizar la siguiente tabla de equivalencias:

Tipo de bebida	Volumen	Nº de unidades	Nº de gramos
Vino	1 vaso (100ml)	1	8
	1 litro	10	80
Cerveza	1 caña (200 ml)	1	8
	1 litro	5	40
Copas	1 copa (50 ml)	2	16
	1 carajillo (25 ml)	1	8
	1 combinado (50ml)	2	16
	1 litro	40	320
Generosos (jerez, cava, vermut)	1 copa (50ml)	1	8
	1 vermut (100ml)	2	16
	1 litro	20	160

Tabla 1. Cálculo del consumo de alcohol en unidades y gramos.

Existen diferentes tipos de consumo de alcohol, algunos son peligrosos y destructivos. Por ello es importante distinguir entre uso, abuso y dependencia.

- **USO**

  Hace referencia a aquel consumo que, por producirse con una frecuencia mínima y en cantidades pequeñas, no reporta al individuo consecuencias negativas (físicas, psicológicas o sociales).

- **ABUSO**

  Aquel consumo que puede tener consecuencias adversas (agudas o crónicas) para la persona. El consumo de alcohol puede ser problemático para una persona cuando se superan determinadas cantidades o debido a las actividades que se realizan simultáneamente (conducción de vehículos, manejo de máquinas peligrosas o pesadas, etc.) o por determinadas características de los individuos (edad, embarazo, consumo de determinados medicamentos, problemas médicos, etc.).

- **DEPENDENCIA**

  Bebedores habituales que ya han desarrollado tolerancia ante al alcohol (cada vez tienen que beber mayores cantidades para conseguir el mismo efecto) y que presentan una conducta compulsiva por tomar alcohol de forma continuada o periódica.

2.1.5. METABOLISMO DEL ALCOHOL

El alcohol, una vez ingerido, se absorbe en el estómago y, principalmente, en el intestino delgado, atravesando las membranas del tracto gastrointestinal por un mecanismo de difusión simple. La rapidez de absorción depende del alcohol que llegue hasta el intestino delgado, de tal manera que distintos aspectos, como, por ejemplo, presencia de alimentos en el estómago, cantidad de alcohol ingerida y características de la bebida consumida, influyen en la velocidad de absorción del alcohol y su paso al torrente circulatorio. Una vez en el torrente sanguíneo, el alcohol se distribuye por los tejidos de manera proporcional al contenido de agua en éstos. Así, la mayor absorción de alcohol se encuentra en la sangre y la menor en los tejidos óseo y adiposo.

Por lo tanto, para una misma cantidad de alcohol ingerida, su concentración en los tejidos dependerá del peso de la persona, y de la proporción de su tejido adiposo. Ésta es una de las razones por la que, a igualdad de los demás factores, alcanza mayor concentración en la sangre en las mujeres que en los hombres.

El nivel máximo de alcohol en sangre se alcanza entre los 30 y 90 minutos desde que se ingiere la bebida, aunque en determinadas circunstancias puede retrasarse hasta 24-36 horas. Entre el 90-98% del alcohol es metabolizado en el hígado a través de la enzima alcoholdeshidrogenasa y el sistema microsomal oxidativo de alcohol. El sistema MEOS metaboliza entre el 5 y el 10% del alcohol consumido, pero su actividad se incrementa con el consumo continuado de alcohol, lo cual explica un aumento del metabolismo de alcohol en bebedores habituales, y es un factor que contribuye a la tolerancia del alcohol.

Entre el 2 y el 10% del etanol ingerido se elimina sin metabolizar, principalmente por la orina, el aire espirado y el sudor. Debido a que existe una equivalencia conocida entre el alcohol en sangre y en aire espirado (la concentración de etanol en sangre se encuentra en equilibrio con la concentración en aire alveolar en

una relación de 1: 2.300), es posible estimar la concentración de alcohol en sangre a partir de la concentración alcohólica en aire, constituyendo la base de la utilización de los etilómetros como instrumento de cuantificación alcohólica.

2.1.6. EFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO

El alcohol puede actuar como **tóxico directo** sobre ciertos tejidos (hígado, corazón, sistema nervioso) o producir sus efectos de **forma indirecta** a través de diferentes mecanismos (cambios metabólicos u hormonales, disminución de las defensas ante la infección, alteración en la nutrición, anemias, etc.).

El consumo excesivo de alcohol está relacionado con numerosas enfermedades.

Las más importantes son las siguientes:

- En el aparato digestivo, **la cirrosis hepática, la pancreatitis, la hepatitis alcohólica, la gastritis y la úlcera péptica**.
- En el sistema nervioso, **la polineuritis alcohólica** (que consiste en una degeneración de la inervación de los miembros y suele acompañarse de déficit nutritivo y descoordinación y temblores), **la epilepsia, el síndrome de abstinencia, el *delirium tremens*, la psicosis alcohólica,** y cierto grado de **atrofia encefálica.**
- En el aparato cardiovascular, el alcohol es también un tóxico miocárdico directo, causante de **cardiomiopatías**, manifestándose con **trastornos del ritmo cardíaco, hipertensión arterial, inflamación del músculo cardiaco**, etc.
- La relación causal entre consumo de alcohol y cáncer es clara, destacando el **cáncer de la cavidad oral, lengua, faringe, laringe y esófago**, potenciándose los efectos si además se fuma. El alcohol también puede producir **cáncer de hígado**.
- Los efectos negativos del alcohol sobre el feto producen el llamado **Síndrome Alcohólico Fetal**, que se acompaña de **malformaciones** en la cara, extremidades, corazón, y **anomalías** en el crecimiento y desarrollo psicomotor, incluido déficit mental.
- También puede producir **disminución del deseo sexual, impotencia** y **atrofia testicular.**

Además de los problemas sanitarios, el consumo excesivo de alcohol origina importantes costes laborales (absentismo, bajas por incapacidad...), malos tratos al cónyuge y a los niños, ruptura y abandono familiar, y marginación.

2.1.7. PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO JUVENIL DE ALCOHOL

La preocupación pública con respecto al hábito de beber de los jóvenes se ha centrado especialmente en los llamados daños agudos que pueden resultar de esta ingesta.

En los ***jóvenes*** las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol suelen referirse a ***alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros, bajo rendimiento escolar, agresiones, violencias, alteraciones del orden público y conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido, así como actividades sexuales de riesgos que conlleven embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y SIDA.***

Como podemos ver, la problemática es diferente a la del adulto. Dado el poco tiempo de consumo, no suelen existir estigmas corporales, complicaciones somáticas severas, ni alteraciones en los análisis que faciliten la detección del problema. Si bien es necesario tener en cuenta que la defensa metabólica ante el alcohol es más baja en menores de 17 años, por lo que su consumo en estas etapas de la vida puede producir más fácilmente alteraciones orgánicas y/o psicológicas.

Se desconoce qué jóvenes continuaran abusando del alcohol durante la edad adulta, y cuáles abandonarán el abuso sin necesidad de intervención o tratamiento. Pero se deben valorar como factores de riesgo: los antecedentes familiares de dependencia alcohólica, el consumo de otros psicotropos, las conductas antisociales, la tolerancia elevada y las embriagueces frecuentes. Una historia familiar de alcoholismo predispone a los niños a problemas con la bebida, especialmente si uno o ambos progenitores son grandes bebedores.

Finalmente, y por su importancia, debemos destacar que los **accidentes de tráfico** son la primera causa de mortalidad en las mujeres de menos de 34 años y en los hombres de menos de 24 años. El consumo de bebidas alcohólicas es probablemente el factor de riesgo más importante en los mismos. No sólo aumenta el riesgo de sufrir un accidente, sino que además contribuye a que la gravedad de las lesiones sea mayor. El alcohol es el responsable del 30-50% de los accidentes mortales.

2.1.8. ¿POR QUÉ EL CONSUMO DE ALCOHOL SE RELACIONA CON LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO?

Porque el alcohol es un **depresor del sistema nervioso central (SNC)** y produce efectos similares a los anestésicos generales, disminuyendo las habilidades psicomotrices necesarias para la conducción. Los efectos psicofísicos agudos que el alcohol produce en el conductor son los siguientes:

FÍSICOS

Disminución del campo visual
Perturbación del sentido del equilibrio
Pérdida de precisión en los movimientos
Disminución de la resistencia física
Aumento de la fatiga
Obnubilación de la visión

PSICOLÓGICOS

Sentimiento de invulnerabilidad
Subestimación del riesgo
Sensación de ligereza del vehículo
Sentimientos de impaciencia y agresividad
Disminución de la capacidad de atención

El alcohol es un tóxico para el sistema nervioso central que siempre tiene un efecto depresor aunque se manifiesta en dos fases: primero se produce excitación, por depresión de los centros nerviosos superiores y después sedación por la acción de depresión del resto de las estructuras nerviosas superiores.

1. Depresión de los centros nerviosos superiores, con disminución de los mecanismos inhibitorios de control de la conducta, lo que provoca desinhibición y pérdida de autocontrol, que se manifiesta en euforia, excitación, y alteraciones sensoriales: disminución de la agudeza visual, alteración de la visión binocular, disminución del campo visual, etc. Esta sintomatología puede encontrarse con alcoholemias relativamente bajas, entre 0,5 y 1,2 gramos/litro.

2. Supresión de la acción inhibitoria de los centros superiores, que ocasiona una alteración de la conducta de las personas, con liberación de los impulsos primitivos, alteración de la afectividad, y trastornos de la conducta, con aparición de irritabilidad, agresividad, etc. En esta fase se

produce un aumento del tiempo de reacción, descoordinación de movimientos finos de los dedos y alteraciones del habla.

3. Aparición de síntomas de narcosis. Las funciones motoras y sensitivas se afectan profundamente. La percepción sensorial y la motricidad están muy disminuidas y alteradas, hay somnolencia y sopor.
4. Narcosis total, con anulación de las funciones sensitivas y motoras, pudiendo entrar en coma, e incluso provocar la muerte por parada respiratoria.

Accidente relacionado con el alcohol es aquel en el que un conductor o peatón implicado presenta un nivel por encima del límite legal. En España, según el reciente **Real Decreto 2282/1998, de 23 de octubre,** por el que se modifican los artículos 20 y 23 del Reglamento General de Circulación, aprobado por Real Decreto 13/1992, de 17 de enero, las nuevas tasas legales de alcoholemia son:

0,5 gr/l	Turismos
0,3 gr/l	Profesionales y conductores durante los dos primeros años de experiencia

2.1.9. RECUERDA QUE EL ALCOHOL...

NO...	**SÍ...**
Es un estimulante	Es un depresor del sistema nervioso
Es bueno para el corazón	Puede dañar el músculo cardíaco
Es un alimento	Las calorías del alcohol son "vacías", sólo engordan
Aumenta el deseo sexual	Disminuye la apetencia sexual
Abre el apetito	Irrita el estómago vacío
Ayuda a resolver problemas	Genera muchos más problemas
Combate el frío	Es un vasodilatador periférico, por lo que aumenta la pérdida de calor
Tiene efecto energético	
Es neutralizado por el café	
Existen remedios caseros para disminuir el nivel de alcoholemia	
Nos da fuerzas	

2.2. PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN JÓVENES

2.2.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas. Existen más de cincuenta variedades de esta planta que se diferencian, entre otras cualidades por su contenido en nicotina. Para la fabricación de las distintas labores de tabaco la especie más utilizada es la *Nicotina tabacum*. En la actualidad, su cultivo está extendido por todo el mundo.

Cuando Colón y sus marineros llegaron al continente americano, observaron que entre las costumbres de los pobladores de aquellas tierras se encontraba la inhalación ritual del humo producido por la combustión de unas hojas desconocidas, que resultaron ser tabaco.

Su consumo formaba parte de la mitología de las culturas indígenas, que lo tenían por un preparado medicinal y por una vía de comunicación con la divinidad.

Junto con productos como el tomate, la patata y el maíz, los conquistadores trajeron a su regreso aquella planta desconocida. Igualmente, trajeron con ellos el hábito de su consumo, en el que se iniciaron atraídos por los efectos mágicos, religiosos y curativos que los indios le atribuían. A su vuelta, los marineros españoles difundieron el consumo de tabaco en un ambiente propicio a la diseminación geográfica como eran los puertos. Y así fue como el consumo de tabaco comenzó a extenderse por Europa.

En Francia, el consumo de tabaco se inicia entre la nobleza, al recibir la reina Catalina de Médicis un envío de este producto, como remedio para la jaqueca, de parte de su embajador en Portugal, Jean Nicot, en 1560. Es de este francés de quien la planta tomó su nombre botánico. Su consumo, en forma de rapé, era considerado un signo de distinción entre la aristocracia gala.

El halo medicinal asociado al tabaco favoreció su expansión. Los portugueses lo introdujeron en el Norte de Africa y en China. Los mercaderes judíos lo extendieron por Oriente y Turquía.

Para intentar frenar su expansión, fue prohibido por la Inquisición durante los siglos XVI y XVII, llegando a condenarse a sus consumidores a la excomunión. En Turquía y Persia la condena era de desmembramiento. No resultaron eficaces

estas medidas para contener la expansión del consumo, por lo que la mayoría de los países optaron por crear monopolios y gravar el tabaco con impuestos.

El consumo de tabaco fue propagándose lentamente hasta que, en la segunda mitad del siglo XIX, con la Revolución Industrial, se inventó la máquina de fabricar cigarrillos. Se sientan así las bases de su comercialización masiva que empieza a tener lugar a partir de la Primera Guerra Mundial.

El proceso industrial que lleva a la fabricación del tabaco se inicia con la **recolección,** seguida del **secado o curado** de las hojas en los llamados secaderos. La etapa siguiente es la **fermentación** en cámaras especiales durante un período de 6 meses a 2 años, para terminar con la **elaboración final** que dependerá del uso al que vaya a ser destinado el tabaco.

2.2.2. ¿CUÁNTOS CHICOS Y CHICAS FUMAN Y POR QUÉ EMPIEZAN A HACERLO?

El tabaquismo, además de ser un hábito, es una forma de drogodependencia: la nicotina, principio activo del tabaco, es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica.

Según la última encuesta sobre drogas realizada a población escolar no universitaria en 1996 (Plan Nacional sobre Drogas), la proporción de estudiantes (población de 14 a 18 años) que habían fumado alguna vez durante el último mes había pasado del 28,1% en 1994 al 29,2% en 1996, y la de fumadores diarios había ascendido de 20,6% al 22,3%. La edad media de inicio en el consumo de tabaco había pasado de 13,8 años en 1994, a 13,3 en 1996.

El estudio realizado por Mendoza y sus colaboradores a escolares de 11-18 años, al que aludíamos anteriormente, puso de manifiesto que:

- En 1994, el 49% del alumnado español de las edades estudiadas ha probado el tabaco.
- Un 24% fuma regularmente.
- La proporción de chicas fumadoras es mayor que la de chicos (27% frente al 20%).
- La proporción de fumadores pasa de un 3% a los 11 años a un 47% a los 18 años. De hecho, el 33% de los alumnos de 18 años fuma diariamente.
- El análisis comparativo de los resultados actuales con los obtenidos en las encuestas anteriores (1986 y 1990) nos indican que la tendencia de descenso en la proporción de fumadores entre la población escolarizada

española prácticamente sólo se mantiene en los chicos de 13 años, pasando del 15,6% en 1990 al 9,2% en 1994.

La mayoría de los adolescentes y adultos NO fuman. La realidad es que fuma menos gente de la que pensamos.

No existen grandes diferencias entre le proceso por el que aprendemos a consumir alcohol y el proceso por el que aprendemos a fumar. ***Durante la infancia los niños y las niñas aprenden a identificar el cigarrillo con el mundo adulto, bien por el ejemplo de sus padres, bien por la influencia de otros modelos sociales a través del cine, la televisión, etc.***

Los ***factores psicosociales*** tienen una influencia dominante en la adquisición del hábito tabáquico. ***El ejemplo, la permisividad de los padres, la presión del grupo de iguales, la escuela, el rendimiento académico, la clase social, los hábitos de bebida, el valor simbólico que el tabaco tiene en la sociedad... todos están presentes en la historia de cualquier fumador, sobre todo en sus inicios.***

Es la **adolescencia** una ***etapa crítica para el inicio del consumo de sustancias adictivas.*** El cigarrillo marca en muchos adolescentes el acceso psicológico al mundo de los adultos. La permisividad familiar, la fácil accesibilidad al tabaco y la gran oferta que se hace de él a través de los medios de comunicación social ayudan al joven a iniciarse en el hábito y a adquirirlo sin grandes dificultades. El fumar fortalece su autoestima porque es símbolo de dureza, rebeldía, precocidad, masculinidad, intrepidez y aventura.

La imitación y el deseo de ser como los demás tienen un peso muy importante en el inicio del consumo de tabaco. Empezar a fumar ha sido, y sigue siendo, parte de los ritos por los que se deja atrás la infancia, y una de las conductas que en la adolescencia se relaciona con la adquisición de un papel propio, la seguridad, la confianza en uno mismo, y la autonomía personal.

Sin embargo, el tabaco no soluciona nuestros problemas, y no ayuda a mejorar ningún aspecto de nuestra vida.

Fumar por primera vez suele ser una experiencia bastante desagradable, el olor, sabor... provocan una reacción de defensa en el organismo (tos, vómitos...). Fuera del cigarro existen aspectos que suavizan esta experiencia, como es sentirse igual e integrado con el grupo de amigos o sentirse más adulto.

La mayoría de los fumadores siguen los mismos pasos en el proceso de "engancharse" con el tabaco: primero lo prueban, fuman ocasionalmente y terminan convirtiéndose en adictos.

Desde el punto de vista del entorno social hay que partir, como en el caso del alcohol, de que el tabaco genera una industria alrededor en la que se mueven importantes beneficios económicos. Aunque no debemos olvidar que los costes sociales derivados del tabaquismo superan con mucho los beneficios asociados a la producción.

El tabaco es un producto de fácil acceso para el ciudadano a través de las expendedurías de tabaco, máquinas automáticas, bares, restaurantes, etc., lo que posibilita una gran disponibilidad a cualquier hora del día. Esta accesibilidad también se relaciona con el bajo precio de venta.

Otro elemento que contribuye al consumo de tabaco es la gran inversión publicitaria de la industria tabaquera, destinada al mantenimiento y a la captación de nuevos fumadores en grupos de población vulnerables, como son los niños, adolescentes y mujeres, a través de la publicidad directa, mediante la promoción de sus productos bajo el patrocinio de diversas actividades (deportivas, musicales, viajes, sorteos, premios, etc.), o utilizando marcas de tabaco en otros objetos (ropa, disco, calzados, relojes, etc.). De ahí la importancia de contrarrestar esa imagen positiva asociada al tabaco.

Sólo hace algunos años que la permisividad social hacia el tabaco ha comenzado a reducirse y además no se le ha atribuido al tabaco una misión tan clara como la conferida al alcohol de facilitar las relaciones, en buena medida debido a que los efectos del tabaco son más limitados. De forma que, salvo en los momentos iniciales de consumo cuando actúa la presión grupal, el consumo de tabaco es más individualista que el del alcohol. El tabaco no favorece las vivencias y sensaciones colectivas que se esperan del consumo de alcohol; como mucho, ofrecer un cigarrillo es interpretado como un signo de cortesía.

Fumar se está volviendo cada vez menos aceptable socialmente.

Finalmente queda decir que el consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol es visto por muchos expertos como conducta "de entrada", que, para muchos individuos, es precursora del consumo de otras drogas. Así, pese a que la experimentación con estas sustancias frecuentemente es vista como algo normal y el consumo ocasional en sí mismo puede no ser dañino, los expertos en prevención le dan una importancia crucial, ya que evitando la experimentación con estas sustancias

se garantiza que no se llegará a un consumo inadecuado de ellas y seguramente tampoco se llegará a consumir otras sustancias más dañinas.

2.2.3. EFECTOS DEL TABACO

- **Qué sustancias contiene el humo de tabaco y que efectos produce en el organismo**

  El humo ambiental del tabaco contiene aproximadamente 4.500 componentes químicos, de los cuales al menos 50 se han demostrado tóxicos y cancerígenos, debiéndose destacar:

NICOTINA	MONÓXIDO DE CARBONO
• Es la responsable de la adicción y la dependencia física. • Se difunde rápidamente a todo el organismo. • Contrae los vasos sanguíneos, obliga al corazón a trabajar deprisa y aumenta la presión arterial.	• Procede de la combustión del tabaco junto con el papel de fumar. • Es un gas tóxico que se adhiere a la hemoglobina de la sangre y hace disminuir la capacidad de ésta para abastecer al organismo de la cantidad de oxígeno que necesita.
ALQUITRÁN	**GASES IRRITANTES**
• Es el principal agente cancerígeno contenido en los componentes del humo del tabaco. • Está claramente demostrada su relación directa con el cáncer de pulmón y otros tipos de tumores.	• Son responsables de las toses, faringitis, catarros y bronquitis tan habituales en los fumadores. • Actúan alterando los mecanismos defensivos del pulmón y favoreciendo las infecciones.

Más de 70.000 estudios evidencian los efectos nocivos que el tabaco tiene para la salud y establecen la asociación entre su consumo y la elevada morbilidad y mortalidad de la población.

En España, el tabaco ha ocasionado la muerte de 621.678 personas, durante el período 1978-1992, lo que significa el 14% de la tasa de mortalidad global anual. Las principales causas de mortalidad producidas por el tabaco son **el cáncer**

broncopulmonar, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular.

El consumo de tabaco se ha relacionado con más de 25 enfermedades. Las manifestaciones clínicas que aparecen en el fumador crónico son muy diversas, pudiéndose destacar la reducción del apetito, sensación de vértigo, embotamiento general, fatiga prematura, dolores de cabeza, tos, ronquera, expectoración matinal, alteraciones de la líbido, gingivitis...

Además, la exposición involuntaria al humo ambiental del tabaco (**el tabaquismo pasivo**) también provoca un serio problema. Numerosos estudios han puesto de manifiesto los efectos nocivos que el humo ambiental del tabaco tiene para la salud de la población no fumadora. Así, esta población tiene un mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias y cardiovasculares. La población infantil acusa ostensiblemente la exposición al humo ambiental del tabaco, sufriendo con más frecuencia dolencias de tipo respiratorio como neumonías y bronquitis, reducción significativa de la función respiratoria, asma y otitis. También se han evidenciado los efectos nocivos del tabaquismo pasivo en la descendencia de madres no fumadoras, observándose un riesgo aumentado del síndrome de muerte súbita del lactante.

- En el cigarrillo encendido se producen dos tipos de corrientes de humo. Por un lado, la **corriente primaria** que se genera en el cono de ignición del cigarrillo, cada vez que el fumador da una "calada", y que va a pasar al interior del fumador activo. Por otro, la **corriente secundaria** que está formada por el humo que se escapa del cigarrillo encendido y el que, procedente de la corriente primaria, no ha podido inhalar el fumador activo. Esta corriente secundaria es la que va a afectar a las personas no fumadoras que conviven con los fumadores activos.
- Tanto en una como en otra corriente se han descrito más de **4.500** componentes tóxicos, de los cuales al menos **50** han demostrado ser **carcinógenos**.

2.2.4.- BENEFICIOS DEL ABANDONO DEL TABACO

Salud	Calidad de vida	Sensoriales	Estética	Económicos	Social	Personal
* Dejar de fumar es la decisión más saludable que un fumador puede tomar en toda su vida.	* Mejoría de la capacidad respiratoria * Mejoría de la capacidad de ejercicio físico. * Desaparición de los síntomas respiratorios inespecíficos: tos, expectoración, disnea, etc.	* Mejoría del sentido del gusto * Mejoría del sentido del olfato.	* Mejoría del estado de la piel. * Desaparición de las manchas en los dientes y los dedos. * Desaparición del olor a humo de las ropas y del pelo. * Desaparición del mal aliento.	* Resaltar el dinero que el paciente dejará de gastarse en tabaco.	* Al dejar de fumar, el paciente contribuirá a que su entorno familiar y laboral sea más saludable.	* Dejar de fumar es un logro personal que le hará al paciente sentirse mejor.

Fuente: *Guía "Ayuda a tu paciente a cortar por lo sano". Programa de prevención del Tabaquismo en Profesionales Sanitarios.* Ministerio de Sanidad y Consumo.

2.2.5. ALGUNAS DUDAS

- **ANSIEDAD**

Cuando estoy estresado, fumar me relaja.

El organismo del fumador depende de la nicotina, por eso al obtenerla (al fumar) se relaja. Pero la nicotina es un estimulante que aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la adrenalina. Después de unas semanas, muchos fumadores están menos nerviosos y aprenden a relajarse sin fumar.

Si dejo de fumar, estaré irritable y todos sufrirán mi mal humor.

El síndrome de abstinencia tiene síntomas claros durante un período bien establecido (teniendo su máxima intensidad entre 1-4 semanas). Pasado éste, hay beneficios para todos; superada la dependencia, los fumadores ganan en autocontrol y están menos nerviosos que cuando fumaban.

- **APETITO**

Si dejo de fumar, ¿engordaré?

Hasta el 80% de los sujetos que abandonan el consumo de tabaco engordan un promedio de 3 a 5 kg. Esta ganancia de peso es debida a dos causas. Por un lado, la nicotina tiene una acción lipolítica (destrucción de grasa). Al dejar de fumar, la nicotina desaparece del organismo y en consecuencia, esta acción de lipolisis deja de realizarse. Por otro lado, el abandono del consumo de tabaco se acompaña de un incremento de la ingesta de alimentos por parte del sujeto debido a que desaparece la acción anorexígena de la nicotina y los ex-fumadores buscan recompensarse oralmente mediante la toma de alimentos para emular la satisfacción que antes sentían con el consumo del cigarrillo.

Para combatir esta ganancia de peso basta reducir la ingesta alimenticia en aproximadamente 200-400 calorías al día e incrementar la práctica de ejercicio físico. Si llevan a cabo estas dos recomendaciones, controlarán la ganancia de peso, y aunque engorden 2 o 3 kg al cabo de 4 a 6 meses, los podrán perder y volver a recuperar su peso habitual.

- **CALIDAD DE VIDA**

¿Voy a dejar el único placer que me queda?

Dejar de fumar le hará recuperar el gusto y el olfato. Ganará capacidad para hacer deporte. Aumentará el número de días en que se encuentra bien.

Prefiero morir feliz y antes con mis cigarrillos. "De algo hay que morirse."

Es un mito que fumar mata rápidamente. Las enfermedades relacionadas con el tabaco a menudo causan años de sufrimiento. Y cuando se habla de que el tabaco acorta la vida no estamos hablando de unos meses, sino de años.

Es tarde, llevo fumando demasiado tiempo.

Merece la pena dejarlo a cualquier edad. Siempre se consiguen beneficios, aumenta la capacidad de expulsión del aire, se producen menos flemas y tos. También se reducen los riesgos de muerte por enfermedades relacionadas con el tabaco.

Mi abuelo fumó como un carretero toda su vida y vivió 90 años.

Algunas personas son menos susceptibles a los perjuicios del tabaco, pero ello no quiere decir que no los sientan. El riesgo es alto, la probabilidad de morir antes es grande.

- **CONSUMO**

Si fumo cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán, ¿también tengo que dejarlo?.

Sí, con este tipo de cigarrillos se inhala más a menudo o más profundamente para compensar su bajo contenido; al final la absorción es equivalente.

¿Y si reduzco el número de cigarrillos?

No hay ningún nivel de consumo seguro y reducir el consumo es más difícil que dejar de fumar completamente. Además, es fácil volver a los niveles de consumo previos.

- **CONTAMINACIÓN**

¿No es más peligrosa la contaminación que fumar?

En el humo del tabaco, la concentración de algunas sustancias tóxicas es 400 veces superior a los límites aceptados internacionalmente y se ha demostrado que el tabaco es responsable del 30% de todos los cánceres diagnosticados, mientras que la contaminación ambiental únicamente causa un 2%.

- **VOLUNTAD/RECAÍDAS**

No tengo fuerza de voluntad para dejarlo

Diariamente muchos fumadores lo dejan. A veces hacen falta varios intentos; cada uno es un caso que acerca al individuo a su objetivo: dejar de fumar.

Ya lo intenté y volví a caer

Sólo uno de cuatro fumadores consiguen dejarlo a la primera. Mucha gente lo intenta más de una vez antes de conseguirlo.

2.3. LA PUBLICIDAD Y ESTAS SUSTANCIAS

Entre las diversas formas que tiene el joven de acceder al alcohol está la de la información procedente de la publicidad. La publicidad no es otra cosa que una forma de vender, y como tal, cuenta con su capacidad informativa, persuasiva y comercial.

Numerosos estudios, publicados en las más importantes revistas científicas, así como la OMS en un reciente estudio sobre la salud de los jóvenes en Europa, concluyen que los jóvenes menores de 18 años tienden a prestar más atención a la publicidad que los adultos; conocen mejor aquellas marcas que hacen más publicidad, prefiriéndolas a otras; identifican la publicidad encubierta más fácilmente que los adultos y, finalmente, tienen una imagen de las personas fumadoras más positiva que la propia población adulta no fumadora.

A pesar de que la industria tabaquera o de bebidas alcohólicas argumenta enérgicamente que su promoción sólo pretende influir en la preferencia por una

marca, un estudio de las prácticas reales indica que las estrategias de publicidad y comercialización están concebidas para aumentar el consumo promoviendo su difusión, consiguiendo nuevos consumidores, aumentando, o cuando menos manteniendo, el consumo de los bebedores o fumadores fijos y alterando favorablemente la forma de percibir el papel del alcohol y del tabaco en la sociedad, en especial entre los jóvenes y otros posibles mercados.

Se mueven grandes intereses económicos. Si la **industria** está dispuesta a pagar los altos costes de una campaña publicitaria es porque realmente les compensa. Nos invade una **publicidad** que continuamente incita a consumir estos productos. Los publicistas saben que los anuncios deben atraer la atención y el interés, provocando el deseo y desencadenado la acción de compra. En un anuncio nada se deja al azar. Si se analizan críticamente, se verá que los argumentos más utilizados son:

ARGUMENTOS MÁS UTILIZADOS EN LOS ANUNCIOS DE TABACO Y ALCOHOL*

Técnica	Impresión creada
Popularidad	Te hará más popular
Seducción	Es importante para que alguien del sexo opuesto se sienta atraído/a por ti
Madurez	Significa que eres maduro
Juventud	Significa que eres joven y atractivo
Sofisticación	Es parte de la vida moderna, elegante y sofisticada
Diversión	Es un ingrediente para pasarlo bien
Placer	Es algo placentero por su sabor
Aventura	Eres arriesgado, te gusta lo desconocido
Solidaridad	Colaboras con los más necesitados
Relajación	Ayuda a reducir la tensión y a hacer que te sientas más relajado

* Adaptación de *Entrenamiento en habilidades de vida*. Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo, y Ministerio del Interior. Universidad de Santiago.1997-98

3. PROPUESTA DE TRABAJO

3.1. MODELO BÁSICO DE TRABAJO

El modelo que enmarca esta propuesta de trabajo para la prevención del consumo del tabaco y alcohol está secuenciado en tres pasos: 1º, OPINO; 2º, DECIDO, y 3º, ACTÚO. Estos pasos engloban los diferentes procesos que se estimulan a lo largo de los diferentes tipos de actividades. En el siguiente cuadro quedan resumidos los procesos, las actividades y los pasos a seguir en el trabajo de prevención.

PASOS	ACTIVIDADES	PROCESOS
1º OPINO	Selección	ATENCIÓN
	Comprensibilidad	COMPRENSIÓN
2º DECIDO	Pros/Contras	ACTITUD
	Normas sociales	INTENCIÓN
3º ACTÚO	(Im)posibilidades	CAMBIO DE CONDUCTA
	Hábitos, refuerzo	MANTENIMIENTO

En los tres pasos del modelo están secuenciados los requisitos básicos implicados en el proceso de toma de decisiones ante el consumo de alcohol y tabaco:

- **PASO 1º. OPINO**

  SU META ES DE CONOCIMIENTO: lo que sabemos y lo que necesitamos comprender para poder crear una opinión propia sobre el alcohol y el tabaco.

  Los procesos que necesitan ser activados para la elaboración de una opinión crítica son los atencionales, que permiten realizar una selección de la información que consideramos relevante. Conviene tener en cuenta que cada persona parte de unos conocimientos previos diferentes. Por ello, es importante facilitar los procesos de comprensión, adecuando a

cada nivel de desarrollo todas y cada una de las actividades de prevención que apliquemos en el aula.

Las actividades que ponen en marcha los procesos de atención y comprensión son aquellas que permiten seleccionar y comprender la información necesaria para poder opinar con criterio propio.

- **PASO 2º. DECIDO**

SU META ES DE ELECCIÓN: cuando elegimos adecuadamente tomamos una postura, una actitud sobre la base de las opiniones y del conocimiento adquirido tras la búsqueda y selección de la información.

Los procesos que se ponen de manifiesto en la toma de decisiones son los procesos actitudinales y los procesos intencionales. Tanto la actitud como la intención desempeñan un papel clave para la labor de prevención del consumo de alcohol y tabaco.

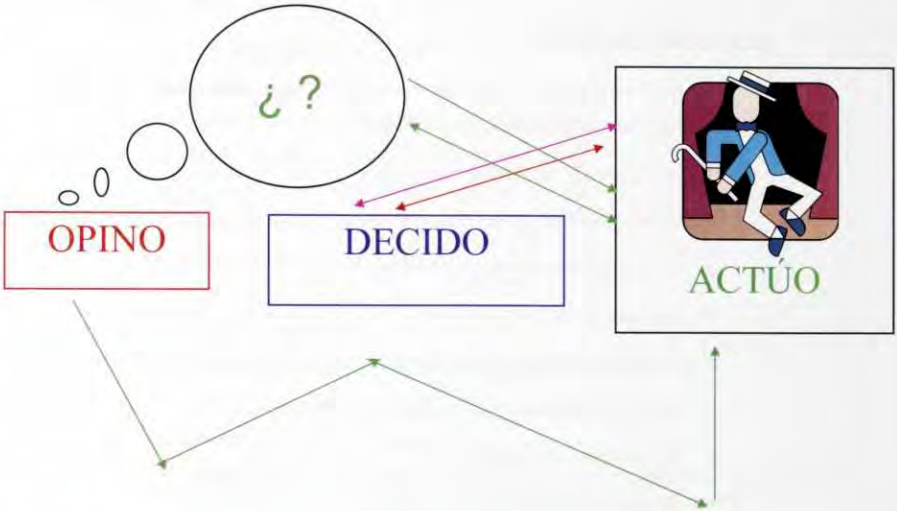
Las actividades a través de las que emergen los procesos actitudinales e intencionales son aquellas que están dirigidas a analizar los pros y los contras, las ventajas e inconvenientes de un tipo de elección u otra y aquellas que promueven la comprensión de las normas sociales.

- **PASO 3º. ACTÚO**

SU META ES DE ACCIÓN: los pasos anteriores carecerían de sentido si no llevamos a cabo la decisión tomada.

Los procesos que promueven el cambio y/o mantenimiento de conducta son los que se ponen en funcionamiento durante el último paso.

Las actividades están relacionadas con la instauración de hábitos y su refuerzo.



3.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN

Con el objetivo último de reforzar la actitud de no consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes, el alumnado debe ser capaz de:

1. Establecer razones por las que unos jóvenes empezarán y otros no a consumir tabaco y alcohol.
2. Conocer la nocividad de los componentes fundamentales del tabaco.
3. Saber cuantificar la cantidad de alcohol que consume un bebedor.
4. Explicar los efectos a corto y largo plazo que el tabaco y el alcohol producen en el organismo.
5. Diferenciar entre uso, abuso y dependencia del alcohol y conocer distintos modelos de consumo.
6. Nombrar los procesos de obtención de bebidas alcohólicas.
7. Conocer la relación entre accidentes de tráfico y alcohol, siendo capaz de mencionar alternativas de prevención.
8. Definir el fumar pasivamente y aplicar habilidades (asertividad) para evitarlo.
9. Crear una opinión propia sobre alcohol y tabaco, dando alternativas a su consumo.
10. Distinguir entre presión ligera y fuerte para consumir alcohol y tabaco.
11. Resistir la presión para consumir alcohol y tabaco, siendo capaz de decir no.

3.3. CONTENIDOS

En los dos bloques temáticos correspondientes al alcohol y al tabaco los contenidos que comparten son los siguientes:

1. *¿Por qué se comienza a consumir tabaco y alcohol?*
2. *Consecuencias específicas del consumo de alcohol y tabaco sobre la salud.*
3. *La adicción al alcohol y al tabaco.*
4. *Consecuencias sociales del consumo de alcohol y tabaco.*
5. *Consecuencias económicas del consumo de estas sustancias.*
6. *Ventajas de no consumir alcohol y tabaco.*
7. *Alternativas al consumo.*
8. *Habilidades sociales.*

Los contenidos se desarrollan por medio de las veinticuatro actividades que se enumeran en el punto siguiente.

3.4. ACTIVIDADES

Las actividades de la propuesta de trabajo se presentan divididas en dos bloques. El primer bloque trata específicamente el tema del tabaco. El segundo bloque de actividades corresponde al tratamiento para la prevención del consumo de alcohol.

Ambos bloques temáticos se componen de doce actividades, cuyos enunciados se enumeran a continuación:

TABACO (*)

1. ¿POR QUÉ **SÍ O NO** SE FUMA?.
2. ADICCIÓN.
3. LOS EFECTOS DEL CONSUMO DEL TABACO.
4. LOS PASIVOS NO PASAN, SE LO TRAGAN.
5. COMPRENDIENDO LOS DERECHOS DE LA "GENTE".
6. VENTAJAS Y DESVENTAJAS.
7. RAZONES Y ALTERNATIVAS.
8. ¿SABES DECIR "NO"?
9. "¿PRESIONADO YO?"
10. *ROLE PLAYING*: ¿Cómo rechazar un cigarrillo?
11. TEATRO: Toma uno.
12. CONTRATO.

(*) Tabaco, actividades nº 2, 3, 6, 7, 11 y 12: adaptación de *What you can expect of tobacco*, NIAD, The Netherlands, 1994.

ALCOHOL (**)

1. ¿POR QUÉ **SÍ O NO** SE BEBE ALCOHOL?
2. EFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL.
3. OBTENCIÓN DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS.
4. SEPARACIÓN DE UNA MEZCLA POR DESTILACIÓN.
5. USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.
6. MODELOS DE CONSUMO.
7. ¿CUÁNTO ALCOHOL CONSUME UN BEBEDOR?
8. ¿CUÁNTO ALCOHOL ES DEMASIADO?
9. "BEBEDOR PASIVO".
10. VENTAJAS Y DESVENTAJAS.
11. RAZONES Y ALTERNATIVAS.
12. CONTRATO.

(**) Alcohol, actividad nº 4. Adaptación por Redondo Ramos, A. CPR Vallecas. Madrid.

Las actividades están secuenciadas siguiendo por orden los tres pasos del modelo básico de trabajo. Así, por ejemplo, en el bloque de contenidos sobre el tabaco, las actividades nº 1, 2, 3 y 4, corresponden al paso 1º OPINO; al paso 2º DECIDO pertenecen las actividades nº 5, 6 y 7; las restantes actividades hacen referencia al paso 3º ACTÚO.

3.5. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

La opción metodológica que favorece la participación activa del alumnado utiliza como punto de partida el análisis de la pluralidad de cada grupo aula y la diversidad de personas que la forman.

Para favorecer los procesos de una toma de decisiones saludable respecto al consumo de alcohol y tabaco es preciso disponer de la información adecuada como punto de partida. Para poner en práctica una decisión tomada se requiere el aprendizaje de estrategias eficaces que sirvan de ayuda para convertirla en realidad.

Se pretende, que al elegir metodologías diversas, flexibles, prácticas y activas, se tienda a lograr las siguientes finalidades metodológicas:

- Partir de las necesidades e intereses detectados.
- Fomentar la motivación intrínseca por la tarea.
- Estimular la participación.
- Favorecer la autonomía.

Los principios metodológicos que sustentan las finalidades anteriormente enumeradas ayudan a fomentar un cambio de capacidades y actitudes que facilitan el aprendizaje autónomo para la vida.

3.6. ORIENTACIONES DIDÁCTICAS

Con el fin de facilitar el desarrollo de las distintas actividades propuestas se presentan las siguientes orientaciones o consideraciones didácticas:

1. El conjunto de actividades presentadas pretende facilitar la labor preventiva del profesorado. Su utilización, secuenciación y tratamiento queda supeditado al criterio del profesor o al del equipo de profesores.
2. Aunque las actividades se presentan encuadradas en dos bloques de contenidos (Tabaco y Alcohol), queda abierta la posibilidad de alternar actividades de ambos bloques, así como alguna alteración del orden propuesto o en su caso, la supresión de alguna de ellas.
3. Es posible que algunas situaciones planteadas en las distintas actividades queden "alejadas" de un determinado grupo clase. Es conveniente en es-

tos casos, que el profesor proponga otras situaciones más referenciales para su grupo de alumnos.

4. A pesar de que las actividades guarden una motivación intrínseca por la tarea que anime a su realización, se considera insustituible una actitud positiva y motivadora por parte del profesor durante el desarrollo de las mismas.

5. En algunas fichas es posible que sea necesario aclarar o explicar algunos conceptos que aparecen. Se estima conveniente que estas aclaraciones se realicen, siempre que sea posible, después de una primera lectura realizada por el alumnado.

3.7. PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

En estas actividades se tratan, entre otros, los temas del tabaco y del alcohol. El tabaco y el alcohol son sustancias que por sí mismas no tienen por qué ser o no ser importantes para los seres humanos. Los importantes somos los seres humanos, que como personas podemos decidir lo que haremos con unas simples sustancias.

Lo que suele ser bastante complejo es el contexto o situación en que se producen las relaciones de las personas con estas sustancias. Las relaciones con los demás son muy importantes, porque puedes recibir presiones para hacer algo que realmente no te interese para nada.

Si así se lo propone, la persona puede estar por encima de las circunstancias, de las situaciones sociales. También por encima del tabaco y del alcohol, que son unas meras sustancias.

La persona sería como el tablero de una mesa que tiene dos patas. Pero las patas de esta mesa son especiales, no son rígidas, porque se pueden mover. Con tu peso y fuerza, puedes ejercer presión para poder estar a la altura que quieras y que sólo tú puedes decidir.

Con estas actividades tienes la oportunidad de enfrentarte a algunos interrogantes que pueden serte útiles para conocer y responder a tu realidad. Cuanto más formado e informado estés, más firme y segura será la decisión que tomes con respecto al consumo o al no consumo de alcohol y de tabaco.

4. EVALUACIÓN

Una de las preocupaciones fundamentales de las personas que han trabajado en la elaboración de actividades de prevención en los últimos años es la evaluación. Se trata de evidenciar de forma objetiva que todas las actividades dirigidas a hacer prevención han sido eficaces. Ésta es la razón por la que incluimos en esta guía actividades de evaluación.

Se propone realizar una evaluación previa a la intervención y una evaluación posterior dirigida tanto al alumnado como al profesorado. El hecho de que este apartado vaya también dirigido al profesorado pretende provocar, en este colectivo profesional, una reflexión sobre la posibilidad de que determinadas actitudes u opiniones puedan verse modificadas después del estudio y/o la intervención en materia de prevención del tabaquismo y del consumo de alcohol.

La evaluación previa nos proporcionará información fundamental para conocer cuál es el punto de partida y cómo se modifican determinados aspectos (consecución de objetivos propuestos) al final de la intervención. Esta intervención puede consistir en la realización de una única actividad, o bien en la utilización de todas las actividades relacionadas con el tabaco y/o el alcohol.

La evaluación final del proceso nos permite conocer si los objetivos de la guía han sido alcanzados, así como el grado de consecución y respuesta que ha generado su aplicación. El estudio comparativo del antes y del después de la intervención permitirá medir de forma objetiva la eficacia del programa.

4.1. EVALUACIÓN PREVIA

DIRIGIDO AL PROFESOR :

1. ¿Cuál crees que es tu función en el desarrollo de este programa?

2. ¿Te encuentras motivado hacia esta actividad?

   1. Sí 2. Regular 3. No

3. ¿Qué materiales y propuestas de intervención conoces para hacer prevención?

   1. Ninguno 2. Alguno 3. Bastantes 4. Muchos

4. Tus conocimientos básicos sobre las sustancias tabaco y alcohol son:

   1. Nulos 2. Básicos 3. Medios 4. Altos

5. Tus conocimientos sobre cómo hacer prevención son :

   1. Nulos 2. Básicos 3. Medios 4. Altos

6. Tus habilidades para hacer prevención son:

   - Comunicación
   - Cercanía
   - Capacidad de escucha
   - Entusiasmo
   - Compromiso
   - Comprensión
   - Otras: .....

7. ¿Crees que puedes ayudar a tus alumnos a decir **NO**?

8. ¿Cuentas con el tiempo adecuado?

   1. No 2. Poco 3. Suficiente

9. ¿Cuentas con el apoyo institucional adecuado?

   1. No 2. Bastante 3. Escaso 4. Sí

10. ¿Cómo consideras a tu grupo de trabajo

    1. Receptivo 2. Participativo 3. Pasivo 4. Problemático

DIRIGIDO AL ALUMNO:

ALCOHOL:

1. ¿Cuáles son las razones por las que crees que los jóvenes comienzan a consumir alcohol?

2. ¿Conoces los procesos de obtención de bebidas alcohólicas? ¿Cuáles son?

3. Comenta las diferencias que existen entre uso, abuso y dependencia del alcohol.

4. ¿Qué efectos conoces del alcohol sobre el organismo?

5. ¿Qué problemas sociales ocasiona el consumo de alcohol?

6. ¿Qué opinas sobre el consumo de alcohol?

7. ¿Qué alternativas hay a su consumo?
8. ¿Qué es la presión directa para consumir alcohol? ¿Y la presión indirecta?
9. ¿Conoces alguna situación por la que pase un bebedor pasivo?
10. ¿Qué diferencias existen entre presión ligera y fuerte para consumir alcohol?
11. ¿Cómo eres tú capaz de resistir la presión a consumir alcohol?

TABACO:

1. Comenta las razones por las que crees que los jóvenes comienzan a consumir tabaco.
2. ¿Cuáles son los componentes fundamentales del humo de tabaco y cuál es su nocividad?
3. ¿Qué efectos tiene el tabaco sobre el organismo?
4. Los problemas sociales que supone el consumo de tabaco son...
5. Define qué es fumar pasivamente y formas de evitarlo.
6. Expresa tu opinión sobre el consumo de tabaco.
7. ¿Qué alternativas existen a su consumo?
8. ¿Qué es la presión directa para consumir tabaco? ¿Y la presión indirecta?
9. Comenta las diferencias que existen entre presión ligera y fuerte para consumir tabaco.
10. ¿Cómo eres tú capaz de resistir la presión a consumir tabaco?

4.2. EVALUACIÓN FINAL

DIRIGIDO AL PROFESOR:

1. ¿Cuál crees que ha sido tu función en el desarrollo de este programa?
2. ¿Te has visto compensado y satisfecho con el trabajo realizado?
3. ¿Volverías a participar en este tipo de actividades? ¿Se lo recomendarías a otros compañeros?
4. ¿Qué materiales y propuestas de intervención nuevos conoces para hacer prevención?

5. Tus conocimientos nuevos sobre las sustancias tabaco y alcohol son:

   1. Nulos 2. Bastantes 3. Muchos

6. Tus conocimientos adquiridos sobre cómo hacer prevención son:

   1. Nulos 2. Bastantes 3. Muchos

7. ¿Qué habilidades personales has descubierto para hacer prevención?

8. ¿Crees que puedes ayudar a tus alumnos a decir NO? ¿Cómo?

9. ¿Has contado con el tiempo adecuado?

   1. Sí, mucho 2. Bastante 3. Poco

10. ¿Has contado con el apoyo institucional adecuado?

    1. Sí, mucho 2. Bastante 3. Poco

11. ¿Cómo consideras a tu grupo de trabajo?

    1. Receptivo 2. Participativo 3. Pasivo 4. Problemático

12. Puntúa de 1 al 10 el grado de implicación de la comunidad:

    - Familia

    - Otros colectivos e instituciones (indicar nombres)

13. ¿Qué repercusión ha tenido el desarrollo del proyecto en la comunidad?

    1. Mucha 2. Bastante 3. Poca 4. Nada

DIRIGIDO AL ALUMNO

1. ¿Estás contento con el trabajo que has realizado?

   1. Mucho 2. Bastante 3. Poco 4. Nada

2. ¿Has aprendido cosa nuevas, interesantes...?

   1. Mucho 2. Bastante 3. Poco 4. Nada

3. Escribe las palabras o ideas que te han llamado más la atención de lo que has aprendido.

4. ¿Has modificado tu opinión, tu comportamiento y tus decisiones para la prevención del consumo de alcohol y tabaco?. Especifica en cada uno de los siguientes ámbitos de qué forma:
   - Familia
   - Amigos
   - Escuela
   - Otros
5. ¿En qué has empleado más el tiempo?
   - En hablar
   - En escribir
   - En hacer manuales de interpretación
   - En pensar
6. ¿Has participado activamente en clase?

   1. Sí, mucho 2. Bastante 3. Poco
7. ¿Has tenido confianza y libertad para expresar y preguntar sobre cualquier aspecto del tema?

   1. Sí, mucha 2. Bastante 3. Poca
8. En general, ¿cómo han sido las clases de los diferentes profesores?

   1. Aburridas 2. Normales 3. Interesantes
9. ¿El equipo de profesores que tienes, te ha ayudado a trabajar y comprender estos temas?

   1. Sí, mucho 2. Bastante 3. Poco
10. ¿Cómo te lo has pasado y cómo te has sentido con tus compañeros y compañeras de clase?

    1. Muy bien 2. Bien 3. Regular 4. Mal
11. ¿Has participado en el trabajo en equipo?

    1. Sí, mucho 2. Bastante 3. Poco
12. Califica de 0 a 5 las actividades (enunciar el título de la actividad realizada con la calificación).
13. ¿Ha cambiado algo en ti después de estas actividades? Coméntalo.

14. ¿Has visto algún cambio en tus compañeros y compañeras en relación con el tema? Coméntalo.

15. Califícate tú mismo después de haber analizado con seriedad el trabajo que has realizado y lo que has aprendido.

16. ¿En qué aspectos deberías mejorar?

17. ¿Te gustaría seguir trabajando en estos temas?

    1. Sí 2. No 3. No sé

18. ¿Recomendarías a tus amigos trabajar sobre estos temas como lo has hecho tú?

    1. Sí, con interés 2. Sí 3. No

ALCOHOL:

1. ¿Cuáles son las razones por las que crees que los jóvenes comienzan a consumir alcohol?

2. Comenta los procesos de obtención de bebidas alcohólicas.

3. ¿Cuáles son las diferencias que existen entre uso, abuso y dependencia del alcohol?

4. Los efectos del alcohol sobre el organismo son:

5. ¿Qué problemas sociales ocasiona el consumo de alcohol?

6. Comenta tu opinión personal sobre el consumo de alcohol.

7. ¿Qué alternativas existen a su consumo?

8. ¿Qué es la presión directa para consumir alcohol? ¿Y la presión indirecta?

9. Describe alguna situación que tenga que sufrir un bebedor pasivo.

10. ¿Qué diferencias existen entre presión ligera y fuerte para consumir alcohol?

11. ¿Cómo eres tú capaz de resistir la presión a consumir alcohol?

12. ¿Ha cambiado tu opinión sobre el consumo de alcohol?

TABACO:

1. Comenta las razones por las que crees que los jóvenes comienzan a consumir tabaco.
2. ¿Cuáles son los componentes fundamentales del humo de tabaco y cuál es su nocividad?
3. Los efectos del tabaco sobre el organismo son:.....
4. Los problemas sociales que supone el consumo de tabaco son: .....
5. Define qué es fumar pasivamente y formas de evitarlo.
6. Expresa tu opinión sobre el consumo de tabaco.
7. ¿Qué alternativas existen a su consumo?
8. ¿Qué es la presión directa para consumir tabaco? ¿Y la presión indirecta?
9. Comenta las diferencias que existen entre presión ligera y fuerte para consumir tabaco.
10. ¿Cómo eres tú capaz de resistir la presión a consumir tabaco?
11. ¿Cómo se ha modificado tu pensamiento sobre el consumo del tabaco?

Bibliografía

ACERO, Alicia, *et al.*: *Manual de técnicas para la prevención escolar del consumo de drogas*. Madrid, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 1996. («Prevenir para vivir».)

ALONSO SANZ, Carlos; Victorino DOMINGO ESCRIBANO y Mª de la Asunción VIVAR CERRATO (cols.): *Tabaco, alcohol y educación. Una actuación preventiva. Un programa de actuación intensiva para la prevención del consumo del tabaco y alcohol en el primer curso de la Educación Secundaria Obligatoria*. 2ª ed. Toledo; Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Consejería de Sanidad, Plan Regional de Drogas, Servicio de Publicaciones; 1995. 2 vols.: 1. Manual para el profesor; 2. Fichas de trabajo (todo el material recogido en una carpeta). [Bibliografía.]

ALONSO, David, Elisa FREIJO y Aurora FREIJO: *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Secretaría General Técnica; 1996. («Actuar es posible».)

ÁLVAREZ, Yolanda, Félix Ángel PALACIOS y José Carlos FUERTES: *Adolescentes y drogas. Para padres que no quieren ser los últimos en enterarse*. Madrid, Agencia Antidroga, 1999.

ARAGÓN. DEPARTAMENTO DE SANIDAD, BIENESTAR SOCIAL Y TRABAJO: *Los jóvenes y el alcohol. Modelos de consumo*. Zaragoza, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, 1998.

ASTURIAS. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES: *El tabaco. Nicotiana tabacum L.* Oviedo, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1988.

CAPA LENDÍNEZ, José María, Antonio SÁNCHEZ CERDA y José Antonio MUÑOZ CUETO: *Educar para la salud. E.S.O.* (realiza: Plan Municipal de Drogodependencias, Ayuntamiento de Cádiz). Cádiz; Delegación Municipal de Servicios Sociales, Red de Ciudades Saludables; 1995.

CÁRDENAS, Carmen, EQUIPO CLAVES y Gonzalo MORANDÉ LEVIN: *La salud es una buena opción*. 2ª ed., Madrid, Cruz Roja Juventud, 1998. 3 vols. guardados en estuche (1, Material para el monitor o la monitora; 2, Cuaderno para que te informes y decidas tú; 3, Actividades para el trabajo grupal).

CARRASCO, Esteban, Emiliano MARTÍN GONZÁLEZ y Juan Manuel CAMACHO GRANDE: *Programa municipal de prevención del alcoholismo juvenil. Subprograma educativo. Manual del profesor. Intervención con alumnos,* Madrid, Ayuntamiento de Madrid, 1995? [Bibliografía.]

CENTRO DE ESTUDIOS Y TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO: *Esa cosa llamada alcohol*. Vitoria-Gasteiz, Ceta, 1986.

COMÍN, M.L., R. TORRUBIA y J. MOR SANCHO: «Relación entre personalidad, actitudes y consumo de alcohol, tabaco y ejercicio en escolares». *Gaceta sanitaria,* 12 (1998), pp. 255-262.

ESCÁMEZ, Juan (ed.): *Drogas y escuela. Una propuesta para la prevención.* Madrid, Dykinson, 1990. [Bibliografía.]

ESPAÑA. DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS: *Encuesta sobre drogas a la población escolar, 1996.* Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1997.

ESPAÑA. MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA: *Diseño curricular base. Educación infantil.* Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia, 1989.

—— *Diseño curricular base. Educación primaria.* Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia, 1989.

—— *Diseño curricular base. Educación secundaria obligatoria.* Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia, 1989. 2 vols.

—— y MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: «Alcohol y tabaco, para nada. Guía para el profesor.» Folleto incluido en *Campaña hábitos saludables entre jóvenes. Alcohol y tabaco, para nada,* 1 caja (3 folletos, 1 cartel, 1 vídeo, pegatinas), Madrid; Ministerio de Educación Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993?.

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *Prevención del tabaquismo. Ayuda a tu paciente a cortar por lo sano.* Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.

FRESNILLO POZA, M.L.: «ESFA progress in Madrid, Spain». *ESFA newsletter,* 3, 4, 5. Maastricht (Holanda), 1998-1999. [ESFA=European Smoking Prevention Framework Approach.]

GRAÑA GÓMEZ, José Luis: *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento.* Madrid, Debate, 1994. (Serie de psicología.) [Bibliografía.]

HOEVEEL ALCOHOLHOUDENDE DRANKEN WORDEN ER IN DE WERELD GEDRONKEN: *World drink trends.* Henley-on-Thames, NTC Publications in association with Produktschap voor Gedistilleerde Dranken, 1990 [Se trata de una edición inglesa ampliada, basada en la edición original holandesa.]

JIMÉNEZ RUIZ, Carlos Andrés: *Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial.* Barcelona; Nicorette, Pharmacia & Upjohn; 1997. [Bibliografía.]

LUENGO MARTÍN, Mª Ángeles, *et al.*: *Construyendo salud. Promoción del desarrollo personal y social. Guía del profesor,* Madrid, Ministerio de Educación y Cultura, Secretaría General de Educación, 1998.

LUENGO MARTÍN, Mª Ángeles, *et al.*: *Entrenamiento en habilidades de vida. Ampliación y adaptación del programa de J.G. Botvin.* [S.l.], Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio del Interior, Universidad de Santiago; [s.a.] (Maquetado en el IES "Virgen de la Paloma", Madrid).

MADRID. AYUNTAMIENTO: *Programa municipal de prevención del alcoholismo juvenil. Subprograma educativo. Manual del profesor. Intervención con alumnos.* Madrid, Ayuntamiento, _____.

MELERO, Juan Carlos, Roberto FLORES y Miguel Á. ORTIZ DE ANDA: *Jóvenes y drogas. Unidad didáctica para la prevención*. Bilbao, Edex, 1998.

MENDOZA, R., *et al.*: «El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles». *Gaceta sanitaria*, 12 (1998), pp. 263-271.

ORTEGA MURCIA, Jesús, *et al.*: *Tabaquismo y alcoholismo, un problema social*. Madrid; Secretaría de Estado de Educación, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.

PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN ESCOLAR (PIPES): *Prevenir para vivir. Manual de técnicas para la prevención escolar del consumo de drogas*. Madrid, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 1996.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD (PAAPS). GRUPO DE EDUCACIÓN SANITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD: *Guía. Para la intervención sobre el consumo excesivo de alcohol*. Madrid, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), 1995. (Guías de educación sanitaria del PAAPS.) [Puede obtenerse completa en http://www.farmanet.com/semfyc/guia1.htm).

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN CENTROS EDUCATIVOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID (PPD): *Materiales de formación en prevención de drogodependencias. Módulo Contenidos Generales*. Madrid; Ayuntamiento, Comunidad Autónoma, Ministerio de Educación y Ciencia, PPD; 1990.

ROBLEDO, T., J. RUBIO e I. ESPIGA: «El consumo de alcohol en jóvenes, un reto para nuestra sociedad», en Enrique GIL LÓPEZ (coord.), *et al.*: *Alcohol y juventud. 1995*. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 1996.

RUIZ, C., *et al.*: *Guía didáctica. ¡Alcohol y juventud! Di no al alcohol. Tú aún estás a tiempo*. Sevilla; Ayuntamiento, Delegación de Salud y Asuntos Sociales, .

SÁNCHEZ, J., y R. MATEO: *Los profesores ante las drogas*. Madrid; Cátedra de Educación Sanitaria, Universidad Complutense de Madrid; 1994.

VALENCIA. CONSELLERIA DE CULTURA, EDUCACIÓ I CIÈNCIA y CONSELLERIA DE SANITAT I CONSUM: *El tabaco. Cuaderno del alumno*. Valencia, Generalitat Valenciana, 1991. (Quaderns per viure en salut.)

—— *El tabaco. Cuaderno del profesor*. Valencia, Generalitat Valenciana, 1991. (Quaderns per viure en salut.)

VEGA FUENTE, Amando: *Cómo educar sobre el alcohol en las escuelas*. Salamanca, Amarú, 1998 (Colección Ciencias de la educación Amarú, 47). [Referencias bibliográficas.]

VRIES, H. de: *Smoking prevention in Dutch adolescents*. Maastrich (Holanda), Datawyse, 1990.

Ministerio del Interior
Ministerio de Educación y Cultura
Ministerio de Sanidad y Consumo

Anexo I - TABACO

Ministerio del Interior
Ministerio de Educación y Cultura
Ministerio de Sanidad y Consumo

TABACO

ACTIVIDAD 1

¿POR QUÉ SÍ O NO SE FUMA?

Esta actividad trata de las razones por las que algunas personas no fuman y otras sí.

¿Cuáles son las razones por las que la gente joven no fuma, empieza a fumar, continúa fumando y deja de fumar?

La meta de este ejercicio es que tú pienses en un número de razones para cada grupo de gente con las que podrían explicar su comportamiento con respecto a fumar. Por ejemplo: el primer grupo de jóvenes que no fuman, ¿qué tipo de razones tienen para no fumar?

Piensa en algunas razones con tu grupo. Escríbelas en tus materiales.

Razones por las que los jóvenes no fuman	Razones por las que algunos jóvenes empiezan a fumar	Razones por las que algunos jóvenes continúan fumando	Razones por las que los jóvenes dejan de fumar

CON CRITERIO PROPIO

Contesta las siguientes preguntas:

1. Da tres razones por las que creas, en tu opinión, que algunos pocos jóvenes empiezan a fumar.

   _____

   _____

   _____

2. Da tres razones por las que, en tu opinión, creas que la gente joven no empieza a fumar.

   _____

   _____

   _____

ACTIVIDAD 2

ADICCIÓN

La mayoría de la gente joven no fuma y la mayoría de los jóvenes no bebe. Estos jóvenes no fumadores y no bebedores no piensan que fumar sea cosa de mayores, y creen que fumar y beber alcohol es perjudicial para la salud.

Algunos jóvenes que empezaron a fumar o a beber dicen que lo hicieron porque querían parecer mayores y porque querían formar parte de su grupo de amigos. Muy a menudo lo hacen por imitación, porque otros lo hacen.

Los que beben alcohol de vez en cuando se habitúan a esta sustancia y empiezan a depender de ella. De toda la gente joven que prueba los cigarrillos, más de la mitad llegan a ser adictos.

*Llamamos **adicción** a un hábito que las personas tienen mucha dificultad para dejar, incluso aunque quieran dejarlo.*

Por ejemplo, la persona adicta al tabaco casi constantemente siente la urgencia de fumar un cigarrillo porque tiene dependencia del tabaco. Cuando no ha fumado durante un tiempo, empieza a sentirse incómoda. Las personas que se las ingenian para "dar una patada" al hábito están a veces inquietas durante algún tiempo después de haber dejado de fumar.

Cada vez hay más personas que quieren dejar de fumar, aunque sólo algunas lo consigue. La nicotina que contiene el tabaco te hace depender de ella. Además, una vez que fumar se convierte en un hábito, cuesta dejarlo. La mayoría de las personas fumadoras no siguen fumando porque en realidad quieran seguir, sino porque no pueden o no saben como dejarlo.

¿Sabes quién es fumador? Quien fuma un cigarrillo a la semana.

CON CONCLUSIONES PROPIAS

Contesta las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es una adicción y cuáles son los síntomas?

_____

_____

_____

2. ¿Has tenido algún hábito que te haya resultado difícil dejar? ¿Cuál?

_____

_____

_____

3. ¿Intentaste alguna vez dejar ese hábito? ¿Cuándo?

_____

_____

_____

4. ¿Cómo intentaste dejarlo? ¿Lo conseguiste? ¿Cómo lo lograste?

_____

_____

_____

ACTIVIDAD 3

LOS EFECTOS DEL CONSUMO DEL TABACO

El humo del tabaco es inhalado a través de la boca o la nariz. El humo va a través de la garganta y de los bronquios y entra en los pulmones.

El humo del tabaco contiene una mezcla de varias sustancias como la nicotina, el monóxido de carbono y partículas pequeñas de alquitrán.

La ***nicotina*** es una sustancia tóxica que causa la adicción a fumar.

El ***alquitrán*** es una sustancia viscosa, negra, que se adhiere al interior de los pulmones y que produce cáncer.

El ***monóxido de carbono*** es una sustancia nociva que penetra en la corriente sanguínea a través de los pulmones. El monóxido de carbono hace que la sangre transporte menos oxígeno. De este modo, llega menos oxígeno a varias partes del cuerpo. Los músculos reciben menos oxígeno y te cansas o agotas mucho más rápidamente de lo normal.

Fumar incrementa el riesgo de varias enfermedades:

- Las personas que fuman tienen más riesgo de contraer cáncer de pulmón y de garganta, bronquitis y enfermedades cardiovasculares que los que no fuman.
- Los fumadores sufren catarros más frecuentemente y su sentido del olfato y del gusto está a menudo afectado.
- El 90% de los cánceres de pulmón se dan en personas que fuman.
- En España, unas 46.000 personas mueren cada año debido al tabaco. Es como si muriera cada año toda la población de San Sebastián de los Reyes o de Cuenca.

El siguiente cuadro muestra los efectos a corto plazo y a largo plazo que tienen las sustancias del tabaco.

Sustancias	Los efectos de fumar	
	A corto plazo	A largo plazo
Nicotina	• temblor de manos • incremento del ritmo del latido cardiaco • estrechamiento de los vasos sanguíneos	• enfermedades del corazón y problemas circulatorios en los vasos sanguíneos
Alquitrán	• tos	• bronquitis y cáncer de pulmón y garganta
Monóxido de carbono	• disminución de la capacidad física	• enfermedades del corazón y del aparato circulatorio

Contesta las siguientes preguntas:

1. ¿Qué sustancia causa adicción a fumar?

   _____

2. Algunas personas piensan que la nicotina tiene un efecto calmante, que te relaja. ¿Lo tiene realmente?

   _____

   _____

3. ¿Qué efectos puede tener el alquitrán en tu cuerpo?

   _____

   _____

4. ¿Cómo afecta el monóxido de carbono a tu capacidad física?

   _____

   _____

5. ¿Por qué las personas fumadoras se acatarran más frecuentemente?

   _____

   _____

ACTIVIDAD 4

LAS PERSONAS FUMADORAS PASIVAS NO PASAN, SE LO TRAGAN

Parte del humo de un cigarrillo encendido es inhalado por quien fuma.

Otra parte se queda en el sitio donde se está fumando. Ésa es la razón por la que los no-fumadores inhalan (aspiran) humo del tabaco. Piensa por un momento en todos los lugares donde la gente fuma: en los bares, en un compartimento de fumadores/as en los trenes...

*Tú inhalas el humo causado por otras u otros. Esto es lo que se denomina ser **fumador pasivo**.*

Contesta las siguientes preguntas:

1. ¿Qué se entiende por fumador pasivo?

_____

_____

2. ¿Cuál es tu opinión sobre los fumadores pasivos?

_____

_____

3. Alguien está fumando en tu habitación sin tu permiso. ¿Qué haces?

_____

_____

ACTIVIDAD 5

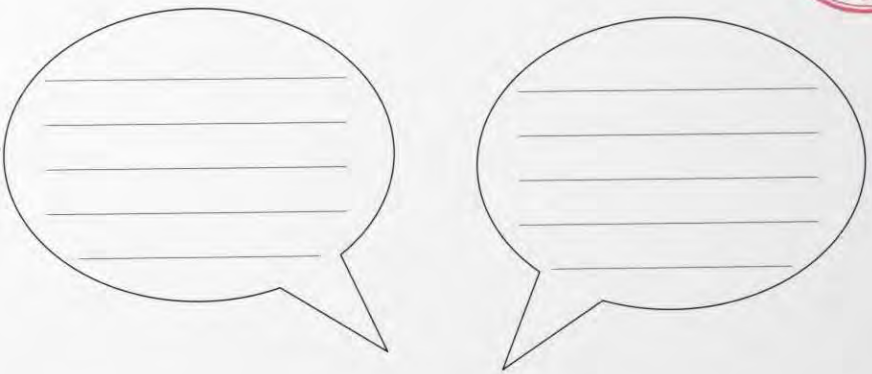
Comprendiendo los derechos de la "gente"

1. En pequeños grupos podéis realizar unos diálogos simultáneos para debatir el tema de fumar pasivamente, teniendo en cuenta los derechos de las personas a respirar aire puro. Hablad sobre los derechos de las personas que fuman y sobre los derechos de las que no fuman.

2. Dividida la clase por grupos, cada uno elige una situación donde fumadores y fumadores están juntos. (Ej. en una fiesta, en un restaurante, en un coche). En la situación elegida, algunas personas quieren fumar, mientras otras desean continuar respirando aire libre de humo.

3. Cada grupo escribe un guión de la discusión que tiene lugar entre fumadores y no fumadores. La parodia debería tratar ambos puntos de vista e intentar encontrar soluciones para cualquier problema que pueda surgir.

4. Cada grupo representa su parodia para el resto de la clase.



ACTIVIDAD

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Ventajas	Desventajas

¿Qué hacemos?

- Discute sobre lo que tu grupo considera ventajas de fumar.
- Discute lo que tu grupo considera desventajas de fumar.

Primero contesta las preguntas individualmente. Luego discútelas en el grupo.

PASTA: GANA O GASTA.

Lo que cuesta fumar puede ser entretenido calcular la cantidad de monedas que se echaría una persona a la mochila, si en vez de fumar se guardara en monedas lo que gasta durante unos cuantos meses. Su mochila pesaría un montón. ¿No crees?

Contesta las siguientes preguntas:

1. Averigua cuánto cuesta un paquete de tabaco. Calcula cuánto ahorra una persona no fumadora al año comparado con otra que fuma un paquete de cigarrillos a la semana. Calcula lo mismo para otra persona que fume un paquete diario.

2. ¿Qué harías con esa cantidad de dinero?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

CON CONCLUSIONES PROPIAS.

Contesta las siguientes preguntas.

1. ¿Qué desventaja valoras personalmente como la más importante? Explica por qué.

_____

_____

_____

_____

2. ¿Qué ventaja consideras personalmente la más importante? Explica por qué.

_____

_____

_____

_____

3. Algunas personas piensan que fumar es "un placer". ¿Y tú qué opinas? Explica por qué.

_____

_____

_____

_____

ACTIVIDAD

RAZONES Y ALTERNATIVAS

- Completa el siguiente cuadro.
- Da al menos tres razones más por las que la gente joven empieza a fumar.
- Formula posibles alternativas.

Razones para fumar	Alternativas

ACTIVIDAD

¿SABES DECIR "NO"?

Podrías llegar a aceptar un cigarrillo simplemente porque alguien insiste. Esa persona te está presionando.

Presionar
a alguien significa quererle forzar a hacer algo que no habría hecho de ningún otro modo.

Cuando alguien te ofrece un cigarrillo de forma amistosa ejerce una forma ***ligera*** de presión. No es muy difícil decir no. Pero cuando alguien insiste muchísimo ejerce una ***fuerte*** presión, y llega a ser mucho más difícil decir que no. La presión puede ser ***media*** cuando dicha insistencia no es ni muy fuerte ni muy ligera.

Haz la tarea siguiente en grupos de tres o cuatro.

— ¡Venga ya! Que no eres de esos ejemplares que andan "tol" día con la salud a cuestas.

— NO,.....

— Vamos, cógelo que ya te he encendido uno para ti.

— NO,.....

— Pero tío, ¡no seas aguafiestas!

— NO,.....

— ¿De qué vas con que no fumas? ¿Qué pasa? ¡A que tus padres no te dejan!

— NO,.....

¿Sabes decir "no"?

¿Qué hacer?

- Escribe tus propias contestaciones para puntualizar los comentarios que te sugieren los anteriores diálogos.
- Para después discutirlas en el grupo, escribe primero tus propias respuestas.

¿Qué conclusiones sacas?

Contesta las siguientes preguntas:

1. ¿Qué consideras que es ejercer una presión "ligera" ?

_____

_____

2. ¿Qué crees que es ejercer una presión "fuerte" ?

_____

_____

3. ¿Qué puedes hacer si alguien sigue insistiendo?

_____

_____

4. ¿Qué crees que hace tan difícil decir "no" ?

_____

_____

5. ¿Ocurren en la realidad situaciones como las de estos diálogos?

_____

_____

6. ¿Qué haces en casos como estos?

_____

_____

ACTIVIDAD

¿PRESIONADO YO? ¿PRESIONADA YO?

Puedes aprender cómo rechazar un cigarrillo. Esta actividad trata de la forma de ejercer una presión ligera, una presión media y una presión fuerte. A continuación se describen tres situaciones en las que se ofrece un cigarrillo de tres formas diferentes. En la primera situación, se utiliza la presión ligera, en la segunda la presión media y en la tercera la presión fuerte.

Si alguien fuera a ofrecerte un cigarrillo de esa forma, ¿qué dirías o cómo reaccionarías?

1. Cada uno escribe como reacciona ante cada una de las tres situaciones.
2. Cada miembro del grupo lee a los demás aquelllo que ha escrito.

Presión ligera

Estás de marcha con unos pocos amigos. Os habéis ido por ahí a tomar algo y la persona que está a tu lado saca un cigarrillo y te pregunta: ¿Quieres un cigarrillo? Tú no quieres fumar.

Tú dices:

_____

_____

Presión media

Tú estás de marcha con los mismos amigos. De nuevo tú estás tomando algo y la persona de tu lado te ofrece un cigarrillo. Tú dices que no quieres el cigarrillo. La persona que te ofreció el cigarrillo te dice: "¡Vaya!, no seas tan "mal queda", coge uno. No ves que todo el mundo fuma.

Tú dices:

_____

_____

Presión fuerte

Estás de marcha otra vez con unos amigos y vais todos a tomar algo. Una persona del grupo enciende un cigarrillo y ofrece a todos los demás del grupo un cigarrillo. Todos aceptan. Ahora es tu turno. Tú no quieres fumarte un cigarrillo. Entonces los otros del grupo te dicen: "¿Por qué no quieres fumar? ¿Es que tus padres no te dejan? No te va a entrar un cáncer sólo por un cigarrillo". Sin embargo, tú realmente no quieres fumar.

Tú dices:

_____

_____

ACTIVIDAD

10

ROLE PLAYING: ¿Cómo rechazar un cigarrillo?

La técnica del *role playing* consiste en representar una situación, actuando con diferentes papeles como si fuéramos actores. Ahora practicarás en dos situaciones diferentes de *role playing*, cómo decir no a un cigarrillo que alguien te lo ofrece.

Situación 1ª.

En el primer *role playing*, estáis hablando con otra persona sobre los exámenes. En una escena concreta, el líder del grupo ofrece a todo el mundo un cigarrillo. Uno por uno, vosotros vais rechazando el cigarrillo.

Podéis hacer esto de las formas que habéis aprendido en las sesiones anteriores. A continuación tenéis algunas orientaciones sobre las formas de rechazar y un resumen.

Situación 2ª.

En el segundo *role playing*, estáis en la cafetería hablando sobre música. El líder del grupo ofrece a alguien un cigarrillo y el resto del grupo piensa que esa persona que rechaza el cigarrillo debería cogerlo. El grupo entero ejerce presión sobre esta única persona. Uno por uno, todos vosotros seréis esa persona que está siendo presionada.

¡Intenta rechazar convincentemente! (sé asertivo)

No olvides seguir las siguientes ORIENTACIONES:

- Di claramente lo que quieres.
- No hieras a los demás con lo que dices.
- No te muestres indeciso cuando digas lo que quieres.
- Sé espontáneo.
- Mira a la persona con la que estás hablando.

ALGUNAS FORMAS DE RECHAZAR:

- Mantente firme en tu rechazo.
- Rechaza y da una razón.
- Rechaza y ponte en desacuerdo con las razones que el fumador te da.
- Rechaza y haz un chiste.
- Rechaza y deja las cosas claras.

1. Para el primer *role playing*, elige una forma de rechazar (un minuto).

   No, gracias. _____

2. Representación del primer *role playing,* "el examen" (cinco minutos).

3. Para el segundo *role playing*, elige otra forma diferente de rechazar (un minuto).

   No, gracias. _____

4. Representa el segundo *role playing,* "la cafetería" (cinco minutos).

Discute las siguientes preguntas en grupo

5. ¿Te ha parecido fácil o difícil rechazar?

6. ¿Qué piensas de las reacciones de las personas que son presionadas por el grupo? ¿Estuvieron convincentes?

ACTIVIDAD

TEATRO: "Toma uno".

En esta actividad harás un *role playing* con otros tres compañeros. Primero elige el papel que quieras hacer. El punto de inicio está ya fijado. Se trata de que decidáis como se desarrollará la acción.

Es importante escuchar lo que dicen los demás con mucha atención.

LA OBRA COMIENZA:

Juan, Ana, Rafael y Gloria están fuera en el patio del recreo hablando unos con otros. Juan enciende un cigarrillo.

Rafael, Ana y Gloria no quieren fumar. Juan insiste. Ana coge un cigarrillo, pero Rafael y Gloria rechazan coger uno.

Juan y Ana empiezan a insistir a Gloria para que coja uno. Empiezan a decirle: "eres una miedica, tus padres no te van a dejar nunca fumar".

Rafael empieza a defender a Gloria: "Dejadla en paz, Gloria puede hacer lo que le dé la gana, ¿a que sí?

Ahora hay dos bandos aliados y...

REPARTO:

Juan es un auténtico "machote" y se lo tiene muy creído. Fuma porque su hermano mayor lo hace.

Ana es nueva, viene de otro colegio. A ella le gustaría ser amiga de Juan, pero a Juan le gusta Gloria.

Rafael vive en el mismo portal que Juan. Sabe que Juan se cree muy "machote". Es un buen amigo de Gloria.

Gloria es un poco tímida y muy atractiva. Está segura de que no quiere fumar.

¿Cómo organizamos la función?

- Se reparten los diferentes papeles.
- Utiliza un poco de tiempo para familiarizarte con tu papel.
- Se decide quien estará al tanto del tiempo. El *role playing* no debe pasar de los 10 minutos.
- Empieza el *role playing*. Se representa el principio de la historia. Después se continúa la historia improvisando
- Quién controla el tiempo indica cuando éste se acabe.
- Se debaten las siguientes preguntas.

¿Qué conclusiones sacamos?

Responde estas preguntas:

1. ¿Por qué a Ana le resulta difícil no fumar?

   _____

2. ¿Por qué a Gloria le parece difícil no fumar?

   _____

3. ¿Qué harías si estuvieras realmente en la situación de Gloria?

   _____

4. ¿Y si estuvieras en la situación de Ana?

   _____

ACTIVIDAD

12

CONTRATO

En esta actividad redactarás un contrato con otro compañero sobre fumar o sobre cualquier otro hábito que tú quieras romper.

Un ***contrato*** es un acuerdo con alguien más que hay que cumplir. Al firmar un contrato, te obligas a ti mismo a no fumar durante un período de tiempo, o a no ver demasiado la televisión o algo así...

Esta tarea se hace por parejas.

¿Cómo se hace un contrato?

- Lee el contrato con atención. Escribe tu nombre y la fecha e indica durante cuánto tiempo has decidido **no hacer** algo.
- Piensa el castigo que te pondrás si no cumples el contrato.
- Decide qué premio tendrás si consigues cumplir el contrato.
- Rellena el resto del contrato y no olvides firmarlo en presencia de un testigo.
- Cada cierto tiempo pregunta al otro cómo lo cumple.
- Decidid cada cuánto tiempo os vais a preguntar sobre el cumplimiento del contrato.

CONTRATO

El/la abajo firmante .....
..... (nombre y apellidos)
por el presente documento declara que NO .....
.....
..... (describe el hábito que decidas romper)
durante ..... (indica cuánto tiempo)
desde ..... (fecha) en adelante.

En el caso que el/la abajo firmante deje de actuar de acuerdo con los términos expuestos en el presente contrato .....
.....
..... (describe el castigo o sanción)

En el caso que el/la abajo firmante actúe de acuerdo con los términos expuestos en el presente contrato .....
.....
..... (describe la recompensa o premio)

....., ... de ..... de .....

El/la testigo

Fdo.: .....

Fdo.: .....

Anexo II – ALCOHOL

Ministerio del Interior
Ministerio de Educación y Cultura
Ministerio de Sanidad y Consumo

ALCOHOL

ACTIVIDAD

¿POR QUÉ SÍ O NO SE BEBE ALCOHOL?

Esta actividad tratará de las razones por las que algunas personas no beben y otras sí.

¿Cuáles son las razones por las que la gente joven o bien no bebe, o empieza a beber, o continúa bebiendo o deja de beber?

La meta de este ejercicio es que tú pienses un número de razones por las que cada grupo de jóvenes podrían explicar su comportamiento con respecto a beber alcohol. Por ejemplo: el primer grupo de jóvenes que no beben. ¿Qué tipo de razones tienen para no beber?

Piensa en algunas razones con tu grupo. Escríbelas en tus materiales.

Razones por las que los jóvenes no beben	Razones por las que algunos jóvenes empiezan a beber	Razones por las que algunos jóvenes continúan bebiendo	Razones por las que los jóvenes dejan de beber

CON CRITERIO PROPIO

Contesta las siguientes preguntas:

1. Da tres razones por las que creas, en tu opinión, que algunos pocos jóvenes empiezan a beber alcohol.

   _____

   _____

   _____

2. Da tres razones por las que, en tu opinión, creas que la gente joven no empieza a beber alcohol.

   _____

   _____

   _____

ACTIVIDAD

EFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol es una droga que puede crear adicción física y psicológica. Cualquier persona que lo consuma puede llegar a ser dependiente según el tiempo, la cantidad y el patrón de consumo. El patrón de consumir alcohol sólo los fines de semanas es una de las formas más perjudiciales, porque una misma cantidad tomada en espacios cortos de tiempo resulta más nociva.

El alcohol **no** tiene efectos curativos, **no** es bueno para la salud, **no** estimula el apetito, **no** aumenta el número de glóbulos rojos y **no** favorece la producción de leche durante la lactancia materna.

Beber alcohol cuando se tiene frío **no** sirve para calentarse. Se produce un efecto vasodilatador con pérdida de calor después. El alcohol aumenta la actividad del corazón y el consumo de oxígeno.

El alcohol **no** aumenta el deseo sexual, produce disminución del deseo sexual, impotencia y atrofia testicular.

El alcohol **no** es un estimulante, es un depresor del sistema nervioso central:

- Produce una falta de percepción del riesgo y una falsa seguridad
- Provoca una descoordinación psicomotriz
- Origina somnolencia, cansancio y fatiga
- Retrasa el tiempo de reacción
- Supone una disminución de la respuesta refleja
- Conlleva alteraciones sensoriales principalmente de la visión
- Disminuye el control sobre las emociones (alegría, tristeza, agresividad)

EL EFECTO DEPRESOR DEL ALCOHOL SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL IMPLICA UN ALTO RIESGO DE ACCIDENTES DE TRÁFICO, QUE SE POTENCIA AÚN MÁS SI A LA VEZ SE TOMAN MEDICAMENTOS U OTRO TIPO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	
APARATO DIGESTIVO	Cirrosis hepática, pancreatitis, hepatitis alcohólica, gastritis y úlcera péctica.
SISTEMA NERVIOSO	Epilepsia, síndrome de abstinencia, *delirium tremens,* psicosis alcohólica, atrofia encefálica y polineuritis alcohólica (descoordinación y temblores).
APARATO CARDIOVASCULAR	Trastornos del ritmo cardiaco, hipertensión arterial e inflamación del músculo cardiaco.
CÁNCER	Cáncer de la cavidad oral, lengua, faringe, laringe y esófago y cáncer de hígado.
SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL	Malformaciones en la cara, extremidades, corazón y anomalías en el crecimiento y desarrollo psicomotor, incluido déficit mental.
APARATO REPRODUCTOR	Disminución del deseo sexual, impotencia y atrofia muscular.

EFECTOS A CORTO PLAZO DEL CONSUMO DEL ALCOHOL	
CONSUMO MEDIO-ALTO	• Mareos • Vómitos • Ardor de estómago • Lentitud para reaccionar • Disminución del campo visual • Descoordinación psicomotriz • Sueño, cansancio y fatiga • No se percibe el riesgo • Una falsa seguridad • Falta de control sobre las emociones • Cambios bruscos de humor • Irritabilidad-agresividad. • Tendencia a la tristeza
CONSUMO EXCESIVO	• Dependencia • Embriaguez profunda • Coma etílico • Muerte por parada cardiaca o por problemas respiratorios

En el cuadro siguiente aparecen una serie de afirmaciones, algunas son correctas y otras no lo son. Se trata de marcar en las casillas correspondientes una V si consideras que son verdaderas y una F si crees que son falsas.

	V	F
1. El alcohol sólo perjudica al que lo consume.		
2. Consumiendo una sola vez una dosis elevada de alcohol, se puede producir un coma etílico.		
3. El alcohol aumenta los reflejos.		
4. El alcohol puede producir impotencia sexual.		
5. El alcohol es beneficioso para la salud.		
6. El alcohol origina somnolencia, cansancio y fatiga.		
7. El alcohol es un estimulador del sistema nervioso central.		
8. El alcohol hace que seas más arriesgado.		
9. El alcohol tiene un efecto vasodilatador con pérdida posterior de calor		
10. Si solo bebes los fines de semana no pasa nada		

ACTIVIDAD

3

OBTENCIÓN DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS

TIPOS	PROCESO DE OBTENCIÓN	EJEMPLOS
BEBIDAS FERMENTADAS	FERMENTACIÓN	vino cerveza sidra
BEBIDAS DESTILADAS	DESTILACIÓN	whisky ron brandy ginebra licores aguardientes

La ***fermentación*** alcohólica es un proceso natural de fermentación producida sobre la glucosa por medio de la acción de las enzimas generadas por diversas levaduras, en cuya reacción se produce alcohol etílico, anhídrido carbónico y agua. En esta fermentación está basada la fabricación del vino a partir del mosto, obtenido en el prensado de la uva, y la fabricación de la cerveza y de numerosas bebidas alcohólicas

La ***destilación*** es un proceso artificial realizado a partir de una bebida fermentada. Este procedimiento consiste en separar por medio del calor una sustancia volátil (alcohol) de otras más fijas, enfriando luego su vapor para reducirla nuevamente a líquido. De esta forma puede aumentarse la concentración de alcohol puro.

Relaciona con flechas las siguientes bebidas con su correspondiente proceso de elaboración y después cada proceso con la característica adecuada:

Ron		
Sidra		
Ginebra	Destilación	Proceso natural
Licores		
Vino	Fermentación	Proceso artificial
Whisky		
Cerveza		
Aguardiente		

ACTIVIDAD 4

SEPARACIÓN DE UNA MEZCLA POR DESTILACIÓN

OBJETIVO

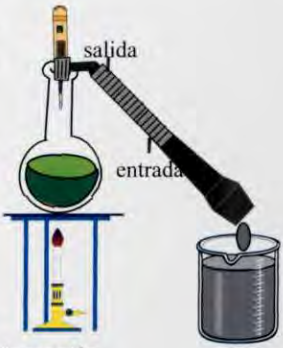
Extraer el etanol de una bebida alcohólica, por ejemplo, vino tinto o rosado, por el procedimiento de destilación.

MATERIALES

- Matraz de destilación
- Tubo de refrigeración
- Tapones con orificio
- Termómetro
- Tubos de goma
- Pies con soporte (2)
- Nueces y rejilla
- Vaso de precipitado
- Mechero de gas
- Vino tinto o rosado

REALIZACIÓN

1. Poner en el matraz de destilación 100 cm^3 de vino, cuidando que no se manche el tubo de salida. Se cierra bien con un tapón con orificio, en el que se pone un termómetro.
2. Situar el matraz de destilación sobre un soporte con rejilla, bajo la cual se coloca el mechero de gas. Situar el tubo de refrigeración sobre el otro soporte, conectando su entrada y salida de agua de refrigeración al grifo. Con los tubos de goma se conecta un extremo al matraz de destilación y el otro sobre el vaso de precipitado.
3. Abrir el grifo, suavemente, para la refrigeración y encender el mechero para calentar el matraz hasta que la temperatura sea de 80-85 grados. Mantenedla durante un tiempo.
4. Apagar el mechero cuando hayan salido varios cm^3 de la nueva sustancia por el extremo del tubo de refrigeración.



CUESTIONES Y CONCLUSIONES

- Observa el termómetro y anota su comportamiento:

Temperatura inicial_____

Temperatura a la que empieza a salir la nueva sustancia_____

¿Hierve la mezcla?_____¿A qué temperatura?_____

- **¿Qué va saliendo por el extremo del tubo de refrigeración?_____**

Ponte una gota en un dedo y huélela. ¿A qué huele?_____

Ponte una gota de agua y compara el olor con la anterior. Observa el tiempo de evaporación. ¿Qué gota se evapora antes?

- **¿Qué va sucediendo en el matraz? Observa y anota.**

¿Qué queda en el matraz al final de la operación?_____

¿Por qué?_____

- **Explica los cambios de estado que sufre el alcohol durante el proceso en:**

1. En el matraz:
2. En el tubo de refrigeración:

ACTIVIDAD 5

USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

USO: el uso que se pueda hacer del alcohol, al igual que el de cualquier otra sustancia, puede ser más o menos adecuado. No produce el mismo efecto beber un vasito de vino durante una comida que hacerlo en ayunas. Un uso problemático del consumo de alcohol puede ser la combinación con otras sustancias (medicamentos, por ejemplo). Un uso no problemático es cuando se toman pequeñas cantidades, con poca frecuencia y cuando no supone consecuencias negativas para la persona que lo ingiere.

ABUSO: se llama abuso al *uso problemático*, es decir el que trae consigo consecuencias negativas (físicas, psicológicas o sociales). El consumo de alcohol puede ser problemático si se superan ciertas dosis o si coincide con la realización de acciones que requieran atención (conducir, utilizar máquinas peligrosas) o por las características de las personas que lo consumen (ser muy joven, tener problemas médicos, estar embarazada...).

DEPENDENCIA: se da en personas que tienen tolerancia al alcohol (cada vez necesitan más cantidad para sentir los mismos efectos), que sufren abstinencia (sienten malestar al pasar cierto tiempo sin beber) y que presentan un deseo irrefrenable de tomar alcohol de forma continua o periódica. Ésta es una de las formas de abuso más peligrosa. Pero también lo son una ingesta excesiva de una sola vez, que puede producir *coma etílico*, o mezclas explosivas, o desconocer la composición de lo que se está bebiendo.

Clasifica las siguientes situaciones de consumo en uso, abuso o dependencia:

1. Bebo una copita de vino a la semana.
2. Necesito beber para realizar mi trabajo habitual porque de lo contrario me tiembla el pulso.
3. Bebo tres whiskys los viernes y los sábados cuando salgo con los amigos.
4. Estoy tomando un medicamento para la epilepsia y bebo una caña de cerveza.
5. He bebido dos cañas y un *calimocho* y tengo que conducir el coche para volver a casa.

USO	
ABUSO	
DEPENDENCIA	

CONCLUSIONES PROPIAS.

Contesta las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es una adicción y cuáles son los síntomas?

   _____

   _____

2. ¿Has tenido algún hábito que te haya resultado difícil de dejar? _____
   ¿Sí? ¿Cuál? _____

3. ¿Intentaste alguna vez dejar ese hábito? _____
   ¿Sí? ¿Cuándo? _____

4. ¿Cómo intentaste dejarlo? _____
   ¿Lo conseguiste? _____ ¿Sí? ¿Cómo lo lograste? _____

   _____

   _____

ACTIVIDAD

MODELOS DE CONSUMO

FRECUENCIA	CANTIDAD	INTENCIONALIDAD
DIARIA	MÍNIMA	COLOCARSE
SEMANAL	MEDIA	SABOREARLO
OCASIONAL	EXCESIVA	OLVIDAR

Se puede beber solo o acompañado, dando lugar a un tipo de bebedor que llamamos social o individual.

EJEMPLO: Carmen bebe ocasionalmente una cantidad excesiva para "colocarse" con los amigos.

Siguiendo el ejemplo anterior y el cuadro, enumera distintos modelos de consumo.

ACTIVIDAD

¿CUÁNTO ALCOHOL CONSUME UN BEBEDOR?

SI NO TE HAS PARADO A PENSAR CUÁNTO ALCOHOL SE CONSUME A TU ALREDEDOR, ESTE PUEDE SER EL MOMENTO.

Puedes utilizar la fórmula siguiente:

$$\text{Gramos de alcohol puro ingerido} = \frac{\text{Cantidad ingerida en mililitros x Graduación alcohólica X 0,8}}{100}$$

Siendo 0,8 el peso específico del etanol.
Ejemplo: En media botella de vino (500 ml o cc) hay 48 gramos de alcohol puro
Gramos de alcohol puro = 500 x 12 x 0,8 / 100 = 48 gr

GRADUACIÓN ALCOHÓLICA

TIPO DE BEBIDAS	GRADOS	GRADUACION MEDIA
Cerveza	4-9	5
Sidra	3-8	5
Vino	10-15	12
Cava	10-15	12
Vermut	15-20	17
Licores y brandys	35-45	38
Whisky y aguardientes	46-65	40

Otro método que se utiliza para calcular el consumo de alcohol es el basado en **unidades** (drinks). Cada unidad equivale a 8-10 gramos de alcohol.

Para una rápida valoración del alcohol consumido utiliza la siguiente tabla.
Cálculo del consumo de alcohol en unidades y gramos.

Tipo de Bebida	Volumen	Nº de unidades	Nº de gramos
Vino	1 vaso (100 ml)	1	8
	1 litro	10	80
Cerveza	1 caña (200 ml)	1	8
	1 litro	5	40
Copas	1 copa (50 ml)	2	16
	1 carajillo (25 ml)	1	8
	1combinado(50ml)	2	16
	1 litro	40	320
Generosos (jerez, cava, vermut)	1 copa (50 ml)	1	8
	1 vermut (100 ml)	2	16
	1 litro	20	160

Piensa en una tarde/noche de un viernes o sábado que hayas salido con tus amigos.

Responde las siguientes cuestiones:

¿Consumiste bebidas alcohólicas?

_____

¿Qué tipo de bebidas?

_____

Cuantifica tu consumo de alcohol o el de tus amigos es uno de esos días.

_____

ACTIVIDAD

¿CUÁNTO ALCOHOL ES DEMASIADO?

No se puede responder de una forma única y concreta.

Cada persona y cada circunstancia son únicas.

Por ejemplo, si vas a ***CONDUCIR*** lo seguro es ***NO BEBER*** alcohol.

La defensa metabólica ante el alcohol es más baja en menores de 17 años, por lo que su consumo en estas etapas de la vida, puede producir más fácilmente alteraciones orgánicas y/o psicológicas.

Debes saber que ***NO EXISTE UN LIMITE DE SEGURIDAD DE CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES DE EDAD.***

En **ADULTOS**, y sólo **como orientación general, existen unos límites de consumo considerados seguros internacionalmente**, y que tienden a ser cada vez más restrictivos. Éstos son:

- **hombres** sanos, no superar los **30 gramos de alcohol puro al día.**
- **mujeres** sanas, no superar los **20 gramos de alcohol puro al día.**

Todas estas consideraciones han llevado a que instituciones como ***la Organización Mundial de la Salud*** o el ***Ministerio de Sanidad y Consumo español*** hagan suyo el siguiente mensaje:

ALCOHOL, CUANTO MENOS MEJOR

Los Accidentes de Tráfico son la primera causa de muerte en la adolescencia y juventud.

Y no olvides que no se trata del azar o el destino, tu puedes evitarlo.

La mayoría de los accidentes graves en jóvenes se produce en fin de semana.

La primera causa es el ***alcohol*** y, en muchos casos, la ***falta de experiencia*** al volante.

Además, los riesgos del alcohol *se multiplican* si se mezcla con otras sustancias o medicamentos.

Accidente relaciondo con el alcohol es aquel en el cual un conductor o peatón implicado presenta un nivel por encima del límite legal.

En España, recientemente se han reducido los límites legales de alcoholemia.

Real Decreto 2282/1998, de 23 de octubre

0,5 gr/l Turismos **0,3 gr/l** Profesionales y conductores de turismo ***durante los 2 primeros años de experiencia***

Piensa:

¿Has conducido una moto después de haber bebido alcohol?

¿Te has subido al coche/moto de un amigo que iba bebido?

¿Has pensado en las consecuencias?

¿Conoces personalmente a alguien que se haya visto en una situación similar, e incluso que haya sufrido las consecuencias de un accidente de tráfico?

Actividad en grupo:

¿Qué alternativas hay para evitar esta situación?

ACTIVIDAD

BEBEDOR PASIVO

"Bebedor pasivo" es aquella persona que se encuentra inmersa en situaciones en las que hay alguien consumiendo alcohol de forma irresponsable.

Las consecuencias pueden ser incluso más dramáticas que las descritas en el tabaquismo pasivo (por ejemplo un alcohólico que maltrata a sus hijos.....).

Reflexiona sobre posibles situaciones en las que podamos hablar de "bebedor pasivo":

_____

_____

_____

_____

ACTIVIDAD

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Ventajas	Desventajas

¿Qué hacemos?

- Discute sobre lo que tu grupo considera que son las ventajas de beber alcohol.
- Discute con tu grupo cuales son las desventajas de beber alcohol.

En primer lugar, contesta las preguntas individualmente.

Después, discútelas en el grupo.

CONCLUSIONES PROPIAS.

Contesta las siguientes preguntas.

1. ¿Qué desventaja valoras personalmente como la más importante? Explica por qué.

   _____

2. ¿Qué ventaja consideras personalmente que es la más importante? Explica por qué.

   _____

3. Algunas personas piensan que beber es "un placer". ¿Y tú qué opinas? Explica por qué.

   _____

ACTIVIDAD

RAZONES Y ALTERNATIVAS

- Completa en el siguiente cuadro .las razones para empezar a beber y qué otras alternativas se podían formular (citar, por lo menos, tres en cada caso)

Razones para beber alcohol	Alternativas

ACTIVIDAD 12

CONTRATO

En esta actividad redactarás un contrato con un compañero sobre un hábito que tú quieras romper o sobre la posibilidad de dejar de beber alcohol.

Un ***contrato*** es un acuerdo con alguien más que hay que cumplir. Al firmar un contrato, te obligas a ti mismo a no beber alcohol durante un período de tiempo, o a no comer chucherías o algo así.

Esta tarea se hace por parejas.

¿Cómo se hace un contrato?

- Lee el contrato con atención. Escribe tu nombre, la fecha y durante cuanto tiempo tú decides **que no vas a hacer** algo.
- Piensa el castigo que te impondrás si no cumples el contrato.
- Decide que premio tendrás si consigues cumplir el contrato.
- Rellena el resto del contrato y en presencia de un testigo no olvides firmarlo.
- Cada cierto tiempo pregunta al otro cómo lo cumple.
- Decidid cada cuanto tiempo os vais a preguntar por el grado de cumplimiento del contrato.

CONTRATO

El/la abajo firmante .....
..... (nombre y apellidos)
por el presente documento declara que NO .....
.....
..... (describe el hábito que decidas romper)
durante ..... (indica cuánto tiempo)
desde ..... (fecha) en adelante.

En el caso que el/la abajo firmante deje de actuar de acuerdo con los términos expuestos en el presente contrato .....
.....
..... (describe el castigo o sanción)

En el caso que el/la abajo firmante actúe de acuerdo con los términos expuestos en el presente contrato .....
.....
..... (describe la recompensa o premio)

....., ... de ..... de .....

El/la testigo

Fdo.: .....

Fdo.: .....